BOSTON MEDICAL LIBRARY
PURCHASED FROM THE INCOME OF THE
SAMUEL WHEELER WYMAN
MEMORIAL FUND

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/krankenhausrettu0000vari

HANDBUCH DER SOZIALEN HYGIENE UND GESUNDHEITSFÜRSORGE

HERAUSGEGEBEN VON

A. GOTTSTEIN
CHARLOTTENBURG

A. SCHLOSSMANN
DÜSSELDORF

L. TELEKY
DÜSSELDORF

SECHSTER BAND

KRANKENHAUS-, RETTUNGS-, BÄDERWESEN SOZIALHYGIENISCHE BEDEUTUNG DER SOZIALVERSICHERUNG · BERUFSBERATUNG GESUNDHEIT UND WIRTSCHAFT

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1927

KRANKENHAUS-, RETTUNGS-, BÄDERWESEN SOZIALHYGIENISCHE BEDEUTUNG DER SOZIALVERSICHERUNG · BERUFSBERATUNG GESUNDHEIT UND WIRTSCHAFT

BEARBEITET VON

F. APPELIUS · E. ASCHENHEIM · E. DIETRICH
K. FREUDENBERG · F. GOLDMANN · A. GOTTSTEIN · E. KOCH · W. KORTE · W. POPPELREUTER · W. PRYLL · J. WINTER

MIT 70 ABBILDUNGEN

BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1927

BOSTON MEDICAL
FEB 5 - 1929

ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN.
COPYRIGHT 1927 BY JULIUS SPRINGER IN BERLIN

32.B.371

Vorwort.

Der vorliegende sechste Band führt das Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge zum Abschluß. Es macht zum ersten Male den Versuch, den gesamten Inhalt der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge unter Berücksichtigung von Geschichte, Theorie und Praxis in einem mehrbändigen Werk zur Darstellung zu bringen und zusammenzufassen, um hierdurch ein Bild des heutigen Standes dieser Wissenschaft zu geben. Wie die Herausgeber schon im Vorwort des 1. Bandes betont haben, waren sie sich darüber klar, daß in dieser Darstellung auch alle jene Lücken und Unvollkommenheiten hervortreten mußten, die einer jungen Wissenschaft anhaften. Dies mußte um so mehr der Fall sein, als die gesundheitliche und wirtschaftliche Not des letzten Jahrzehnts auf der einen Seite weitgehende Hoffnungen auf das Wirken der sozialen Hygiene setzte, auf der anderen Seite die Durchführung ihrer Maßnahmen aus Mangel an Mitteln erschwerte. Jedenfalls erweist der Umfang des jetzt abgeschlossenen Werkes die Vielseitigkeit der auf diesem Gebiet vorliegenden Tatsachen, Aufgaben und Ziele und vor allem die praktische Bedeutung für die Volksgesundheit und Gesundheitspolitik. Für alle auf diesem Gebiete zur Tätigkeit Berufenen liegt in der Benutzung des Handbuches zugleich die Mahnung, an der Ausfüllung der vorhandenen Lücken und Unvollkommenheiten mitzuarbeiten.

Es war nicht immer leicht, für einzelne Abschnitte die Mitarbeiter zu gewinnen, da mancher Kenner gerade wegen der Schwierigkeiten der Darstellung es zur Zeit ablehnen zu müssen glaubte, schon jetzt an die Bearbeitung der gestellten Aufgaben heranzugehen. Wie schon im Vorwort zum 1. Bande gesagt, mußte daher auf die Behandlung einiger Gebiete von vornherein verzichtet werden. Zu um so größerem Dank sind Verlag und Schriftleitung allen Mitarbeitern verpflichtet, welche aus Liebe zur Sache und zum Fortschritt mit der Fülle ihres Wissens und der Reichhaltigkeit ihrer Erfahrungen hingebend an das Werk gingen und sein Gelingen in erster Linie ermöglichten. Mit Trauer sei hierbei der vier Mitarbeiter gedacht, die vor dem Abschluß des Werkes dahingeschieden sind: R. Martin, P. Krautwig, Clara Schlossmann und A. Korff-Petersen. Ihre Persönlichkeit und ihr hervorragendes Wirken in Wissenschaft und Leben, dessen Ergebnisse sich in ihren Beiträgen zum Handbuch ausdrückten, sichern ihnen ein verehrungsvolles Erinnern.

Äußere Gründe des zeitlich ungleichen Einganges verschiedener Beiträge haben die Herausgeber gezwungen, gelegentlich Zusammenhängendes zu zerreißen und dann wieder in einem Bande verschiedenartige Unterabteilungen zusammenzufassen. Das jetzt abgeschlossen vorliegende Werk läßt diese Mängel erträglich erscheinen.

Wenn auch die Herausgeber sich über Lücken des Handbuches klar sind und selbst auf sie hinweisen, wenn sie nicht verkennen, daß auf einzelnen Gebieten die Darstellung nach dem entsprechenden Stande unseres Wissens mehr

die klinischen Gesichtspunkts als die sozialhygienischen in den Vordergrund stellen mußte, so dürfen sie andererseits mit Nachdruck betonen, daß das abgeschlossene Werk den Beweis der Selbständigkeit einer innerhalb eines Vierteljahrhunderts in stetem Ringen um Vervollkommnung neu entstandenen Disziplin führt; sie erwarten, daß der Inhalt der Sozialhygiene in Theorie und Praxis in den Dienst der großen Aufgabe der Gesamtmedizin eingefügt wird, Krankheiten zu bekämpfen und zu verhüten, die Gesundheit zu erhalten und zu erhöhen, und daß das im ersten Band gekennzeichnete Ziel durch das Erscheinen des Werkes erwiesen werde: die Anerkennung der Gesundheitspolitik als eines lebenswichtigen Faktors der Gesamtpolitik.

Die Herausgeber.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Krankenhauswesen. Von Professor Dr. A. Gottstein, Ministerialdirektor a. D., Berlin. (Mit 1 Abbildung.)

I. Allgemeines . . . 1
II. Die gesetzlichen Unterlagen für die Unterbringung von Kranken in Anstalten 4
III. Die Träger des Krankenhauswesens in Deutschland . . . 8
IV. Das Aufsichtsrecht des Staates im Krankenhauswesen in Deutschland . . . 15
V. Einteilung der Krankenanstalten . . . 28
VI. Die Stellung der Ärzte im Krankenhaus . . . 37
VII. Krankenpflegepersonal . . . 42
VIII. Der Verwaltungsbeamte . . . 45
IX. Der Haushalt des Krankenhauses . . . 47
X. Maßnahmen zur Entlastung der Träger des Krankenhauswesens . . . 55
XI. Das Krankenhaus im Dienste der Forschung und des Unterrichtes . . . 64
XII. Rechtsfragen . . . 68
XIII. Sozialhygienische Gesichtspunkte . . . 75
XIV. Stellung des Krankenhauses zur Gesundheitsfürsorge . . . 91
Literatur . . . 95

Siechenhäuser und Altersheime. Von Dr. Franz Goldmann, Wissenschaftliches Mitglied des Hauptgesundheitsamtes der Stadt Berlin, Berlin. (Mit 9 Abbildungen.)

I. Allgemeiner Teil . . . 96
1. Das Problem . . . 96
2. Treibende Kräfte und geschichtliche Entwicklung . . . 101
3. Wesen und Begriffsbestimmung . . . 107
4. Gesetzliche Grundlagen und Träger . . . 108
II. Besonderer Teil . . . 110
1. Siechenhäuser . . . 110
a) Die Anstaltstypen . . . 111
b) Die Krankengruppen . . . 113
c) Die Gruppierung der Kranken innerhalb der Anstalt . . . 127
d) Die Leistungen der Siechenhäuser für den Pflegling . . . 136
α) Unterbringung . . . 136
β) Beköstigung . . . 139
γ) Bekleidung . . . 144
δ) Taschengeld . . . 144
ε) Pflegepersonal . . . 145
ζ) Ärztliche Versorgung . . . 148
e) Pflichten der Pfleglinge . . . 151
α) Arbeit . . . 151
β) Hausordnung . . . 154
f) Verwaltung . . . 158
g) Aufnahmeverfahren und Aufnahmebedingungen . . . 164
h) Die Leistungen der Siechenhäuser für die Sozialhygiene . . . 169
i) Bedarf . . . 173
k) Kosten . . . 174
2. Altersheime . . . 180
a) Aufgaben und Ziele . . . 180
b) Träger . . . 181
c) Größe und Gliederung . . . 182
d) Die Leistungen der verschiedenen Anstaltstypen . . . 184
e) Aufnahmebedingungen und Kosten . . . 189
f) Bedeutung für die Sozialhygiene . . . 195
III. Schluß . . . 196
Literatur . . . 197

Seite

Soziale Krankenhausfürsorge. Von Dr. Franz Goldmann, Wissenschaftliches Mitglied des Hauptgesundheitsamtes der Stadt Berlin, Berlin.

1. Begriff und Wesen 198
2. Geschichte 199
3. Aufgaben 202
4. Organe 208
5. Träger 211
6. Organisation der praktischen Arbeit 213
7. Arbeitsberichte 217

Anhang 223
Literatur 228

Hauspflege. Von Dr. Franz Goldmann, Wissenschaftliches Mitglied des Hauptgesundheitsamtes der Stadt Berlin, Berlin. (Mit 7 Abbildungen.)

1. Notwendigkeit, Wesen, Begriffsbestimmung und Ziele 229
2. Geschichte 233
3. Arbeitsgebiet 234
4. Gesetzliche Grundlagen. — Hauspflegekassen 238
5. Träger 243
6. Organisation der praktischen Arbeit 248
7. Statistik der Leistungen 261
8. Kosten 264
9. Ausland 268
10. Schluß 268

Literatur 269

Rettungswesen. Von Professor Dr. A. Gottstein, Ministerialdirektor a. D., Berlin. (Mit 4 Abbildungen.)

I. Allgemeines 270
II. Aus der Geschichte des Rettungswesens 276
III. Organisation des Rettungswesens 280
IV. Rettungsstellen 282
V. Unfallmeldedienst 295
VI. Krankentransportwesen 296
VII. Sanitätskolonnen 310

Literatur 311

Rettungswesen in Seenot. Von Oberingenieur Johann Winter, Hamburg. (Mit 7 Abbildungen.)

Der gewöhnliche Rettungsring 312
Die Nachtrettungsboje 313
Schwimmwesten 313
Rettungsboote 314
Raketenapparate 317

Das Rettungswesen im Bergbau. Von Tauchermeister Wilhelm Korte, Bochum i. W., und Oberarzt Dr. E. Koch, Bochum i. W. (Mit 17 Abbildungen.)

Schlauchgeräte 319
Sauerstoffrettungsgerät 320
Wiederbelebung 324
Transport von Verletzten in Grube und über Tage 329
Literatur 332

Bäderwesen. Von Wirklicher Geheimer Obermedizinalrat, Professor Dr. E. Dietrich, Ministerialdirektor a. D., Berlin.

I. Einleitung 333
II. Das Badewesen 334
1. Baden im Freien 335
a) Allgemeines 335
b) Gesetzliche und Verwaltungsvorschriften 335
c) Badeeinrichtungen im Freien mit künstlicher Wasserspeisung 337
Anhang: Luft- und Sonnenbäder 339
2. Baden in geschlossenen Räumen 340
a) Gesetzliche und Verwaltungsvorschriften 340
b) Anlage, Bau und Betrieb von Badeanstalten 345

Seite
c) Das Badewesen in Deutschland 346
d) Deutsche Gesellschaft für Volksbäder 349
e) Das Badewesen in anderen Ländern (Amerika, Skandinavien, Frankreich, Belgien, Luxemburg, Schweiz, Rußland, Finnland, Holland, Türkei und Japan) 349
III. Das Heilbäderwesen 350
1. Gesundheitliche Mindestforderungen 351
2. Einwandfreie Übermittlung und Erhaltung der Heilfaktoren 353
3. Sozialhygienische Verwertung der Kur- und Badeorte 355
IV. Das Heilbadewesen in anderen Ländern (Frankreich, Skandinavien, Belgien, Schweiz, Italien, Österreich, Rumänien, Rußland, Ungarn) 357
Literatur 359

Die sozialhygienische Bedeutung der deutschen Sozialversicherung. Von F. Appelius, Vizepräsident der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, Düsseldorf, und Dr. E. Aschenheim, Stadtmedizinalrat, Remscheid.

I. Einleitung 360
Allgemeines 365
II. Sozialhygienische Bedeutung der einzelnen Zweige der Sozialversicherung . . 366
1. Krankenversicherung 366
a) Die Leistungen der Krankenversicherung 368
b) Wochenhilfe und Familienwochenhilfe 370
c) Sterbegeld 372
2. Unfallversicherung 376
3. Invalidenversicherung 385
4. Angestellten- und Knappschaftsversicherung 395
a) Angestelltenversicherung 395
b) Knappschaftsversicherung 397
III. Arbeitsgemeinschaften 399
IV. Allgemeiner sozialhygienischer Nutzen der Sozialversicherung 401
V. Nachteilige Folgen der Sozialversicherung? 403
Literatur 408

Berufsberatung. Von Dr. W. Prell, Chefarzt der Allgemeinen Ortskrankenkasse, Berlin.

I. Das Wesen der Berufsberatung 410
1. Begriff der Berufsberatung 410
2. Wesen von Arbeit und Beruf 410
3. Wesen und Aufgaben der eigentlichen Berufsberatung 419
II. Kurze Übersicht über die geschichtliche Entwicklung und die heutigen gesetzlichen Grundlagen der Berufsberatung 425
1. Geschichtliche und zahlenmäßige Entwicklung der Berufsberatung in Deutschland 425
2. Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen der deutschen Berufsberatung . . 434
III. Die Notwendigkeit der Berufsberatung 438
1. Wirtschaftliche Gründe 438
2. Versagen der bisherigen Ausleseformen 440
3. Die Rolle der Vererbung und der Berufswünsche in der Berufsberatung . 441
IV. Grundlagen der Berufsberatung 443
V. Die Organisation der Berufsberatung 446
1. Die Grundsätze der Organisation 446
2. Die Tätigkeit der Berufsberatungsstellen 447
3. Aufbau der Beratungsämter und Verzeichnis der Berufsämter 459
4. Berufskundliche Unterlagen für die Berufsberatung 466
5. Vorbildung und Ausbildung des Berufsberaters 471
VI. Die ärztlichen Aufgaben bei der Berufsberatung 474
1. Allgemeines 474
2. Mitarbeit des Arztes an der Vorbereitung der Jugendlichen 480
3. Die ärztliche Aufgabe bei der Beratung selbst 482
VII. Schluß 511
Literatur 512

Seite

Psychologische Berufsberatung. Von Professor Dr. W. Poppelreuter, Bonn. (Mit 25 Abbildungen.)

I. Allgemeines und Methodisches 528
1. Einleitung 528
2. Hauptanwendungsgebiete 529
3. Hauptsächlichste methodische Grundsätze 530
II. Psychologische Berufsberatung: Spezieller Teil 533
1. Allgemeine einfache kurze Prüfserie A 533
a) 1. Gruppe: Sinnesleistungen 535
b) 2. „ : Körperliche Leistungsfähigkeit 535
c) 3. „ : Geschicklichkeit 539
d) 4. „ : Praktisch-technische Intelligenz 544
e) 5. „ : Schulisch-sprachlich-begriffliche Intelligenz 547
f) 6. „ : Persönliche Unterhaltung über die Berufswahl 550
2. Übrige Prüfungen 550
Schluß 555

Methodische Gesichtspunkte zu den Beziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit. Von Dr. Karl Freudenberg, Berlin.

I. Die Problemstellung 558
II. Die Wirkung der Wirtschaft auf die Gesundheit 559
1. Methodologische Vorbemerkungen 559
2. Die Wirkung isolierter Ursachen 562
3. Die Wirkung komplexer Ursachen 570
III. Die Wirkung der Gesundheit auf die Wirtschaft 576
1. Einleitende Übersicht 576
2. Die Verluste der Wirtschaft durch gesundheitliche Schäden 576
3. Die Ersparnis durch sanitäre Maßnahmen 582
IV. Die Wechselwirkung zwischen Wirtschaft und Gesundheit 585
Literatur 588

Namenverzeichnis 590

Sachverzeichnis 592

Krankenhauswesen.

Von

A. Gottstein

Berlin.

Mit 1 Abbildung.

I. Allgemeines.

Die Geschichte des Krankenhauswesens, insbesondere des deutschen, das sich entsprechend dem nationalen Charakter des heutigen Deutschlands durch einige besondere Eigenarten vor demjenigen anderer Länder auszeichnet, ist in mehrfacher Beziehung von hohem allgemeinen Interesse. Die leitenden Gedanken standen jeweils in engster Verbindung mit der gesamten kulturellen Auffassung des betreffenden Zeitabschnittes und spiegelten somit dessen Weltanschauung wieder, zumal dann, wenn sie unter dem Druck schwerer äußerer Lage standen. Sie gaben bald Anlaß zur Entfaltung edelster menschlicher Eigenschaften, zur Selbstaufopferung und Betätigung unpersönlichsten, tatkräftigsten Mitleids im Dienste der leidenden Menschheitsgenossen; und wiederum trugen sie ein andermal lediglich Gesichtspunkten der Selbsterhaltung Rechnung, unter schonungsloser Aufopferung der Personen, denen die Fürsorge zu gelten hatte. Auch die jeweiligen Mißstände gesundheitlicher Kultur kommen gerade in der Geschichte des Krankenhauswesens besonders deutlich zum Ausdruck, zuweilen so nachhaltig, daß recht häufig der erschütternde Eindruck dieser Mißstände den Anlaß zu weitgehenden gesundheitlichen Besserungen nicht nur im Krankenhauswesen, sondern darüber hinaus in der Krankenbehandlung und Krankheitsvorbeugung herbeiführte. Beispiele sind jedem, der die Geschichte auch nur der letzten Jahrzehnte verfolgt hat, geläufig.

Die *Geschichte* des Krankenhauswesens, so interessant sie nicht nur infolge der erwähnten gedanklichen Zusammenhänge, sondern auch in rein technischer Hinsicht ist, kann in diesem Handbuch ausführlich nicht behandelt werden. Sie ist überhaupt einheitlich und vollständig kaum dargestellt worden, sondern nur in Einzelabschnitten und mehr im Zusammenhange mit der gesamten Geschichte der Medizin; nur einige Hygieniker, die für dieses Gebiet besondere Vorliebe besaßen, behandelten sie in einzelnen Teilen, wie z. B. Rudolf Virchow in seinen Gesammelten Abhandlungen zum öffentlichen Gesundheitswesen. Eine kurze Darstellung der Hauptgesichtspunkte findet sich in dem ersten Aufsatz dieses Handbuches von F. Hüppe in seiner Abhandlung über die Geschichte der sozialen Hygiene Bd. I, S. 56. Dennoch soll, trotz des Verzichtes auf eine geschichtliche Einleitung, hier in ganz kurzen Zügen wenigstens auf einige Grundgedanken hingewiesen werden.

Die Errichtung öffentlicher Krankenhäuser geht bei den orientalischen Völkern bis weit in das Altertum zurück und steht bis ins Mittelalter hinein und noch später natürlich in engstem Zusammenhang mit dem Fehlen von

Unterkunftsräumen für Menschen und Menschengruppen, die weitere Reisen vornahmen. Der Ausgangspunkt der Krankenpflege war überwiegend der des Mitleids mit dem Erkrankten und infolgedessen Angelegenheit der Kirche und der kirchlichen Orden. Im Dienst der öffentlichen Gesundheitspflege, als Mittel des Schutzes der bedrohten Gesellschaft, standen die Leproserien, die bezweckten, die erkrankten ansteckenden Aussätzigen aus der menschlichen Gesellschaft auszuschließen, und später die Anstalten zur Absonderung der Geschlechtskranken (s. Haustein, Bd. II, S. 554). Volkswanderungen, Heereswanderungen, wie die der Kreuzzüge, machten eine weitere Entwicklung des Krankenhauswesens in erstaunlich großem Umfange notwendig. Später waren es die Ausbrüche der schweren Seuchen, die zur Errichtung und Unterhaltung ständiger und unständiger Anstalten führten, von deren Pracht in der Ausstattung uns namentlich Bildwerke italienischer Kunst eine Darstellung geben. Im Gegensatz zu dieser äußeren Pracht stand das Elend der Unterbringung und Versorgung der Erkrankten.

Als die Medizin aus den Händen der Priester und Laien in diejenigen wissenschaftlich vorgebildeter Ärzte überging, wurden die Krankenhäuser bald in den Dienst des *Unterrichtes* gestellt. Dieser Umstand führte schon im Beginn der Neuzeit zur Errichtung neuer Formen des Krankenhauswesens, die ihren Charakter noch mehr änderten, als es zur Teilung in einzelne Fächer der Medizin kam. Aber neben den Unterrichtsverwaltungen blieben auch weiter die Träger des Krankenhauswesens die Wohlfahrtsvereinigungen und kirchlichen Körperschaften. Etwa von Anfang des 18. Jahrhunderts bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts, unter der Zunahme der Hospitalisierung, entstanden Mißstände im Krankenhauswesen und in der Versorgung Siecher, die uns in drastischen Schilderungen überliefert sind und die das Krankenhauswesen einer immer größeren Mißachtung aussetzten. Die Entrüstung über die durch Überfüllung und gesundheitliche Verwahrlosung heraufbeschworenen Mißstände war, wenn man den Zahlen der Sterblichkeit aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nachgeht, vielleicht manchmal sogar etwas übertrieben[1]). So gibt Quételet in Sur l'homme et le développement de ses facultés Bd. II, S. 262. 1836, folgende Zahlen:

Sterblichkeit auf Aufnahmen:

Berlin, Charité, 1796—1817	16—17%
Wien, Großes Hospital	16—17%
Pest, Zivilkrankenhaus 1826	16—17%
Dresden, Stadtkrankenhaus 1816	14%
München, Neues Krankenhaus 1819	11%
Genf 1823	9%
Brüssel, Hospital St. Pierre 1823	11%
Amsterdam, Hospital St. Pierre 1798—1817	12,5%
Turin 1821	14%
Mailand, Grand Hospital 1812—1814	16,6%
Pavia, San Matheo 1823	9,6%
Paris 1822	
Hotel Dieu	16%
Pitié	12%
Charité	19%
Necker	18%
Enfants trouvés	24%
Enfants malades	24%
St. Louis	7%
Vénériens	3%
Maison d'accouchement	3,5%

[1]) Die tiefsten Zahlen in Paris und Berlin waren 1:6, in Säuglingsfindelhäusern allerdings viel tiefer, doch gab es viele Anstalten, deren Sterblichkeit nicht schlechter war als heute.

Immerhin rührt von jener Zeit die auch heute noch nicht ganz überwundene Furcht der Bevölkerung vor dem Krankenhause, das schließlich die so lange als möglich vermiedene und nur in dringenden Notfällen vollständiger Hilflosigkeit aufgesuchte Zufluchtsstätte der Allerärmsten geworden war. Eine Reihe von verschiedenen schwersten Notständen beseitigten hier die Erfahrungen an den Seuchen des Krimkrieges, die in der Luftverschlechterung der großen Krankenhausbauten die Hauptursache der Gesundheitsgefahr suchten und die für Miß Nightingale und Miß Stanley den Anlaß gaben, einen großangelegten Kreuzzug zur Verbesserung des Krankenhauswesens in England und Amerika zu veranstalten. Der Nachhall dieser Bewegung in hygienisch fortgeschrittenen Kreisen der anderen europäischen Länder, und insbesondere in Deutschland, wurde dann weiter die Veranlassung nicht allein zu Verbesserungen, sondern zu einer grundlegenden Umgestaltung des Krankenhauswesens. Später waren es die Fortschritte der Chirurgie, die Einführung der modernen Wundbehandlungsmethoden, die das Gebiet operierbarer Erkrankungen außerordentlich stark erweiterten, aber auf der anderen Seite für einen großen Teil der Krankheiten, die bisher im Hause versorgt wurden, die Anstaltsbehandlung erforderlich machten und schließlich die grundlegenden Fortschritte der Hygiene des Wohnhauses, die wir der Pettenkoferschen Schule verdanken, und die einen Betrieb in Gebäuden von der Größe moderner Krankenanstalten unter Ausschluß der bisher belastenden Gesundheitsschädigungen der Anstalt überhaupt erst möglich machten. Dadurch traten folgende höchst wichtigen grundsätzlichen Änderungen ein: Die Anstalten hörten damit auf, Sterbehäuser für Hilfsbedürftige in deren größter Not zu sein, sie wurden aus *Armenhäusern Anstalten zur Versorgung aller erkrankten Bürger* der gesamten Bevölkerung; weiter wurden sie aus Pflege- und Siechenanstalten *Heilstätten*, die zwar die Aufgabe der Pflege Unheilbarer und Siecher fortentwickelten, die aber das Ziel der Wiedergenesung mit Aussicht auf Erfolg in den Vordergrund stellten. Ihren Charakter als Stätten für den Unterricht zukünftiger Ärztegeschlechter behielten sie nicht nur bei, sondern erweiterten ihn und wurden damit zugleich auch Anstalten für Ausbildung des Pflegepersonals auf streng wissenschaftlicher Grundlage und für die Fortbildung des Heilpersonals einschließlich der Ärzte. Mit der Besserung der Lage und der Erweiterung der Aufgaben vergrößerte sich aber weiter auch der Kreis der Träger der Anstalten; vor allem überließen es die größeren Gemeinden, wenigstens in Deutschland, nicht mehr wie bisher den Wohlfahrtsvereinigungen und kirchlichen Gemeinden, die Anstaltsversorgung auf sich zu nehmen, sondern sie hielten es für eine vornehme Pflicht gegenüber ihren erkrankten Mitbürgern und für eine vorsorgende Gesundheitspolitik gegenüber den gesunden, weit über den Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtungen hinaus öffentliche Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben. Sie haben seither große Mittel für Bau und Betrieb solcher Anstalten aufgewendet und im wahren Sinne des Wortes hier vorbildlich gewirkt, ohne daß dadurch die Anerkennung gegenüber den bisherigen Trägern gemindert werden darf, die, ebenfalls den Fortschritten von Wissenschaft und Technik Rechnung tragend, stets bemüht waren, den Forderungen des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts Genüge zu leisten.

Die Faktoren, die für die Entwicklung des Krankenhauswesens zu der heute bestehenden Form bestimmend wurden, laufen parallel mit der Entwicklung des Heilwesens. Einmal führten die Fortschritte der Heilkunde in Technik und Kunst dazu, daß die Behandlung einer großen Anzahl von Erkrankungen von der Behausung in die Anstalt verlegt wurde und daß deshalb der Bedarf an Anstalten und Anstaltsbetten prozentual weit über die Zunahme der Be-

völkerung anstieg. Dann ermöglichte der Fortschritt der hygienischen Technik Besserungen der Versorgung, die den Aufenthalt in der öffentlichen Anstalt auch weiteren Gesellschaftskreisen, als den hilfsbedürftigen Armen, annehmbar und oft genug erwünscht machten. Ferner traten zu den rein ärztlichen und pflegerischen Indikationen soziale Notwendigkeiten der Versorgung unselbständiger Familienzugehöriger, wie Lehrlinge und Hausgehilfen. Schließlich aber wurde auch der Umstand der besseren und schnelleren Möglichkeit einer Wiederherstellung von *Erwerbsfähigkeit* und *Leistungsfähigkeit* bestimmend.

Der Umfang der Fragen, mit denen sich eine Abhandlung über das Krankenhauswesen zu beschäftigen hat, ist ein außerordentlich umfassender. Es gehört hierzu die Schilderung der baulichen Verhältnisse, der Einrichtungen des wirtschaftlichen Betriebes, der Raumverteilung, der Installation, der maschinelien Versorgung und ähnliches mehr. Die Grundsätze für alle diese einzelnen Fragen sind auf den Forschungen der allgemeinen Hygiene über Bauwesen, Baumaterialien, Lüftung, Heizung, Beleuchtung, Ernährung, Desinfektion, Abwässerbeseitigung usw. aufgebaut und in zahlreichen behördlichen Vorschriften über Bau und Betrieb niedergelegt. Die Darstellung füllt einen großen Umfang aus, die entweder als Abschnitte der großen Handbücher der Hygiene erschienen sind oder selbständig, wie z. B. das jetzt in zweiter Auflage herausgegebene Handbuch von Dietrich und Grober „Das deutsche Krankenhaus" mit seinen Ergänzungsbänden lediglich die Fragen des Krankenhauswesens behandelt.

Die meisten dieser Fragen gehören in das Bereich der allgemeinen Hygiene oder der Verwaltung, aber, so wichtig sie sind, so unerläßlich ihre Kenntnis für den Fachmann, nicht zu den engeren Aufgaben dieses Handbuches. Es muß jedoch nachdrücklich ihr innerer Zusammenhang auch mit sozialhygienischen Problemen betont werden, denn gerade hier noch mehr als auf einigen anderen Gebieten der sozialen Hygiene, z. B. auf dem Gebiete der Schulgesundheitspflege, berühren sich in den einzelnen Fragen die Lehren der allgemeinen und der sozialen Hygiene beständig so sehr, daß ihr Auseinanderreißen gar nicht möglich ist. In der folgenden Darstellung wird also dieser oder jener Punkt aus der Lehre über das Krankenhauswesen, der eigentlich mehr in das Gebiet der allgemeinen Hygiene fällt, dennoch berührt werden müssen. Darüber hinaus gibt es aber eine Anzahl außerordentlich wichtiger Fragen von ausschließlich sozialhygienischer Färbung, die nicht nur für den Interessenten am Krankenhauswesen von Bedeutung sind, für den Arzt, den Verwaltungsbeamten und den Hygieniker, sondern weit darüber hinaus in engstem Zusammenhange mit Fragen der Volksgesundheit oder der Gesundheitspolitik stehen und die bisher zwar da und dort an verstreuten Stellen eine Erwähnung gefunden haben, kaum je aber eine zusammenfassende Darstellung vom Standpunkte der sozialen Hygiene. Und zwar bezieht sich dies sowohl auf die Abhängigkeit des Krankenhauswesens vom gesundheitlichen und wirtschaftlichen Zustande der Gesellschaft, wie umgekehrt auf die Rückwirkung der Krankenhausversorgung von Leidenden auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Die einzelnen Fragen ergeben sich dann aus dem Inhaltsverzeichnis dieser Abhandlung.

II. Die gesetzlichen Unterlagen für die Unterbringung von Kranken in Anstalten.

In Deutschland stehen in starkem Gegensatz zu der außerordentlich hohen Entwicklung des Krankenhauswesens die knappen gesetzlichen Verpflichtungen

zur Anstaltsunterbringung Erkrankter. Es kommen eigentlich nur vier Gesetze in Betracht:

1. das Fürsorgegesetz;
2. das Reichsseuchengesetz und die Landesgesetze;
3. die Reichsversicherungsordnung.
4. Das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die früheren Verordnungen über die Unterbringung Hilfsbedürftiger nach den Bestimmungen im Sinne der Vorschriften des Bundesamtes für das Heimatwesen sind durch die neue *Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht* vom 13. Februar 1924 in einigen Punkten geändert worden. Die Landesfürsorgeverbände sind demnach nicht nur wie bisher verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der Hilfsbedürftigen, Geisteskranken und Krüppel Fürsorge zu treffen, sondern darüber hinaus hat die Fürsorge die Aufgabe, den Hilfsbedürftigen unter Berücksichtigung der Eigenart der Notlage und der Vorbeugung den notwendigen und rechtzeitigen Lebensunterhalt nachhaltig zu gewähren. *Die Hilfe kann auch in offener oder geschlossener Anstaltspflege gewährt werden.* Wenn der körperliche oder sittliche Zustand besondere Maßnahmen zur Heilung, Pflege oder Bewahrung erfordert, so soll der Hilfsbedürftige in einer Anstalt untergebracht werden. *Zwangsweise* darf dies nur geschehen, wenn ein Gesetz es gestattet. Der Krankenbehandlung ist die ärztliche Behandlung oder die Anstaltsbehandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden und bei der Entbindung gleichzustellen. Die Fürsorgegesetzgebung rechnet also zu denjenigen Maßnahmen, die der zuständige Fürsorgeverband Hilfsbedürftigen zu leisten hat, auch die Behandlung in einer geschlossenen Anstalt, sobald die Art des Leidens eine solche verlangt. Es soll gleich hier bemerkt werden, daß nach einer früheren Entscheidung des Bundesamtes für das Heimatwesen die Wohlfahrtsverwaltungen berechtigt sind, eine Behandlung in einer Heilanstalt oder einem Heim, einschließlich Lungenheilanstalten, zu bewilligen, wenn in diesem Verfahren das einzige Mittel zur Wiederherstellung der Gesundheit nach ärztlicher Begutachtung zu finden ist[1]).

Das *zweite* in Betracht kommende Gesetz, das nach ganz anderen Gesichtspunkten Bestimmungen trifft, ist das *Reichsgesetz betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten* vom 30. Juni 1900. Die entsprechenden Gesetze der deutschen Bundesstaaten und das preußische Gesetz betr. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905 dehnen ihre Forderungen auf Anstaltsbehandlung ansteckender Krankheiten in großer Vorsicht, trotz der anscheinenden Wichtigkeit dieses Gesichtspunktes, nicht allzu weit aus und hüten sich namentlich vor weitgehenden Zwangsbestimmungen. Diese Stellung ist eine recht weise, denn gerade die Seuchengesetzgebung aller Zeiten lehrt, daß ein allzu scharfes Vorgehen häufig genug durch Hinterziehung das Gegenteil des Gewollten erzeugt, und besonders der Zwang zur Unterbringung erkrankter Kinder in einem öffentlichen Krankenhause wird nicht immer von den Eltern für erträglich gehalten.

Die Bestimmungen lauten für das Reich, daß nach § 14 für Kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen eine Absonderung angeordnet werden *kann*. Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behandlung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zweck der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so *kann*, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden. Was für erkrankte Personen gilt, findet auf krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen sinngemäße Anwendung, jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige

[1]) Samter: Armenwesen. Handwörterbuch der sozialen Hygiene von Grotjahn-Kaup, Bd. I, S. 71.

Personen nicht in demselben Raum mit kranken Personen untergebracht werden und ansteckungsverdächtige mit krankheitsverdächtigen nur, soweit es der beamtete Arzt für zulässig hält.

Dementsprechend lautet auch die Verordnung des *preußischen Seuchengesetzes* und die ihm äußerlich ähnlichen der anderen deutschen Länder. Sie dehnen die Zuständigkeit von den im Reichsseuchengesetz genannten gemeingefährlichen Krankheiten weiter auf die Mehrzahl der endemischen ansteckenden Krankheiten aus und bestimmen für jede einzelne, ob und wie weit die im Reichsgesetz genannten Bestimmungen auf sie Anwendung finden.

In den Ausführungsbestimmungen zum preußischen Gesetz ist die Frage der Anstaltsüberführung folgendermaßen geregelt: Es findet sich zunächst eine Begriffsbestimmung der drei im Gesetz angeführten Ausdrücke: krank, krankheitsverdächtig und ansteckungsverdächtig. Einer Absonderung nach § 14 des Reichsgesetzes können unterworfen werden: kranke Personen ohne Einschränkung bei Genickstarre, Ruhr, Tollwut, Erwachsene auch bei Diphtherie und Scharlach. Bei diesen beiden letzten Krankheiten unterliegen auch Kinder der Absonderung, jedoch mit der Maßgabe, daß ihre Überführung in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen den Widerspruch der Eltern nicht angeordnet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist. Ferner können abgesondert werden kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus, und *auch gegen ihren Willen kranke Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben*, bei *Geschlechtskrankheiten*.

Die Absonderung ist, falls möglich, in der Behausung des Kranken auszuführen; in denjenigen Fällen aber, wo dies nach den Verhältnissen nicht möglich, ist durch Vorstellungen nach Möglichkeit dafür zu sorgen, daß der Kranke sich *freiwillig* in ein geeignetes Krankenhaus überführen läßt. Dies gilt namentlich von solchen Kranken, welche sich in engen, dichtbevölkerten Wohnungen, in öffentlichen Gebäuden, Schulen, Kasernen, Gefängnissen, oder in Räumen neben Milch- und Käsewirtschaften oder auf Gehöften, welche Milchlieferungen besorgen, befinden, sowie von Personen, welche kein besonderes Pflegepersonal zur Verfügung haben, sondern von ihren zugleich anderweitig in Anspruch genommenen Angehörigen gepflegt werden müssen.

Werden auf Anforderung der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zweck der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden. Ein geeignetes Krankenhaus ist ein solches, welches eine eigene Absonderungsabteilung hat.

Wie man sieht, sind die Bestimmungen außerordentlich dehnbar. Es sind an sich „Kann"-Bestimmungen, die außerdem das Einverständnis von Ärzten und Angehörigen voraussetzen. Nicht einmal ein Krankenhaus wird unbedingt verlangt, sondern statt dessen kann auch ein anderer geeigneter Unterkunftsraum herangezogen werden.

Aber während das Gesetz den Kranken gegenüber ein weites Entgegenkommen aus zum großen Teil wohlbegründeten Überlegungen anwendet, enthalten sowohl das Reichsgesetz wie die Landesgesetze weiter Bestimmungen, die in ihrer allgemeinen Fassung den Gemeinden gegenüber die *Pflicht der Sorge für geeignete Anstalten* außerordentlich viel enger ziehen.

Im Reichsgesetz befindet sich der § 23: Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinde oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten notwendig sind, zu treffen, und der entsprechende § 29 des preußischen Gesetzes lautet in ähnlicher Fassung: Die Gemeinden sind *verpflichtet*, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten notwendig sind, zu treffen und für deren ordnungsgemäße Unterhaltung zu sorgen. Die Ausführungsbestimmungen zu § 29 bezeichnen als solche Einrichtungen: Beobachtungs- und Untersuchungsräume, Unterkunftsstätten für Kranke, Desinfektionsapparate, Beförderungsmittel für Kranke und Verstorbene, Räume zur Aufbewahrung von Leichen und Beerdigungsplätze, sei es, daß diese Einrichtungen dauernd, sei es, daß sie nur vorübergehend für die Dauer einer Krankheitsgefahr getroffen werden. Sie machen dann noch Vorschläge, wie kleinere, weniger lebensfähige Gemeinden durch

Zusammenschluß und Zweckverbände die Kosten sich erleichtern können. Der § 30 bestimmt, daß die Kommunalaufsichtsbehörden beizeiten dafür Sorge zu tragen haben, daß der Bedarf an den genannten Einrichtungen sichergestellt wird.

Mit diesen beiden Paragraphen in ihrer, trotz der Ausführungsbestimmungen recht großen Dehnbarkeit, ist der Staat in der Tat in der Lage, die Gemeinden zur Schaffung von ausreichenden und zweckmäßigen Anstalten oder Anstaltsabteilungen anzuhalten, und da die Absonderungsabteilungen ja nur einen Teil des allgemeinen Krankenhauses bilden, so liegt in diesen Bestimmungen der Seuchengesetze zugleich der Zwang zur Errichtung und zum Betrieb von Krankenanstalten durch Gemeinden und Gemeindeverbände.

Von Bedeutung sind drittens noch die Bestimmungen der *Reichsversicherungsordnung*.

In § 184 schreibt sie vor: An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes *kann* die Kasse Kur und Verpflegung in einem Krankenhause (Krankenhauspflege) gewähren. Hat der Kranke einen eigenen Haushalt oder ist er Mitglied des Haushaltes seiner Familie, so bedarf es seiner Zustimmung.

Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn 1. die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Kranken nicht möglich ist; 2. die Krankheit ansteckend ist; 3. der Erkrankte wiederholt der Krankenordnung oder der Anordnung des behandelnden Arztes zuwider gehandelt hat; 4. sein Zustand oder Verhalten seine fortgesetzte Beobachtung erfordern.

In den Fällen 1, 2 und 4 *soll* die Kasse möglichst Krankenhauspflege gewähren. Ähnliche Bestimmungen trifft der § 597 für Verletzungen mit der gleichen Sollbestimmung für die Fälle 1, 2 und 4.

Es muß ausdrücklich betont werden, daß die Gründe für die als erwünscht angesehene Bewilligung einer Anstaltsbehandlung durch die Krankenkassenverbände vor allem ansteckende Krankheiten und Krankheiten mit ungenügender Pflege in der Familie berücksichtigen, also mehr das *allgemeine* Interesse im Auge haben als das des *einzelnen*.

Weiter bestimmt der § 371, daß die Satzung den Vorstand ermächtigen kann, die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren, und wo die Kasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat, die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, abzulehnen. Dabei dürfen die Krankenhäuser, die lediglich zu wohltätigen oder gemeinnützigen Zwecken bestimmt sind oder von öffentlichen Verbänden oder Körperschaften errichtet und die bereit sind, die Krankenhauspflege zu den gleichen Bedingungen wie die oben bezeichneten Krankenhäuser zu leisten, nur aus einem wichtigen Grunde mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes ausgeschlossen werden (s. auch Dersch Bd. IV, S. 820).

Schließlich kommt noch der § 4 Absatz 2 und 3 des soeben angenommenen deutschen Gesetzes zur *Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* in Betracht, welcher lautet: „Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die Geschlechtskrankheiten weiter zu verbreiten, können einem Heilverfahren unterworfen, auch in ein Krankenhaus verbracht werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint. Soweit andere Mittel zur Durchführung der in Abs. 1 und 2 vorgesehenen Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig."

Bei der Beratung des früheren Entwurfs, der nicht zur Annahme gelangte, bildete dieser Paragraph wegen fehlender Deckung der entstehenden Kosten eine Hauptschwierigkeit. Es erschien logisch, wenn die Aufnahme in das Krankenhaus gesetzlich vorgeschrieben wurde, daß dann auch, wie in Skandinavien, der Staat die Kosten für Maßnahmen zum Schutze der Gesellschaft zu übernehmen hätte. Eine Berechnung ergab aber damals, daß die Kosten voraussichtlich sehr erheblich werden dürften und daß auch vielen Gemeinden nicht

die erforderliche Zahl von Betten zur Verfügung stand (vgl. auch Bd. III, S. 692ff.).

Die zwangsweise Unterbringung von *Trinkern* in Trinkerheilstätten, die als Krankenanstalten gelten, nach den Bestimmungen des Entwurfs zum Strafgesetzbuch, ist von Dresel in Bd. III dieses Handbuches, S. 528ff., eingehend behandelt worden.

Die Bestimmungen der beiden ersten Gesetze legen jedoch nicht den öffentlichen Krankenhäusern, soweit die Gemeinden zu ihrer Erhaltung auf Grund des Gesetzes verpflichtet sind, den ausschließlichen Charakter von Seuchenkrankenhäusern und Armenkrankenhäusern bei. Es muß den knappen gesetzlichen Forderungen gegenüber mit allem Nachdruck betont werden, daß die *freiwilligen* Leistungen dieser Träger der Krankenanstalten in ihrer Ausgestaltung weit über das vom Gesetz Verlangte hinausgegangen sind und daß die gesetzlichen Forderungen erfreulicherweise, gestützt auf diese Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens, nur sich an schon Vorhandenes anzulehnen brauchten. Die deutschen Krankenhäuser sind auch dort, wo sie nicht gesetzliche Forderungen erfüllen, nicht Seuchenkrankenhäuser, noch weniger Armenkrankenanstalten, sondern in erster Linie Anstalten für die gesamte Bürgerschaft geworden und an zweiter Stelle Heilanstalten, ohne die Gesichtspunkte der Pflege und des Unterrichts dabei aufgegeben zu haben. Es ist dies eine grundverschiedene Entwicklung von der in anderen Ländern, z. B. in England. In England sind die öffentlichen Anstalten, soweit sie nicht ganz oder teilweise als Staatsanstalten dem Unterricht dienen, private Einrichtungen. Darüber hinaus schreiben die englischen Seuchengesetze die Errichtung von besonderen Seuchenkrankenhäusern vor, die, bei dem Schutz Englands durch die insulare Lage gegen Einschleppung, sich im allgemeinen nur auf wenige Krankheiten zu beziehen brauchen und eine einfache Form, entsprechend der nicht ständigen Benutzung, haben können.

III. Die Träger des Krankenhauswesens in Deutschland.

Wie schon im Abschnitt I ausgeführt, lag das Krankenhauswesen ursprünglich in den Händen kirchlicher Körperschaften, später in denen von Stiftungen und Wohlfahrtsvereinigungen und nur in geringem Umfange von Gemeinden. Erst seit dem letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts, unter dem Einfluß der kurz gekennzeichneten hygienischen und medizinischen Fortschritte, entwickelte sich das gemeindliche Krankenhauswesen zu seiner heutigen Blüte.

Danach kommen als Träger des öffentlichen Krankenhauswesens gegenwärtig folgende Körperschaften in Betracht:

In den Universitätsstädten dienen nach wie vor eine Reihe von Anstalten dem *Unterricht der angehenden Ärzte*. Diese Anstalten sind entweder in staatlichem Besitz und in staatlicher Verwaltung, wie z. B. die Charité in Berlin, und unterstehen demgemäß der Unterrichtsbehörde. Da sie die Kranken der Bevölkerung ihres Sitzes mit versorgen und ein Interesse an der Überweisung von Kranken haben, so sind meist Abkommen zwischen den Gemeinden und den Städten getroffen worden, nach denen entweder die Städte einen Anspruch auf freie Plätze und eine bestimmte Anzahl von Krankentagen haben, oder sich an den entstehenden Kosten beteiligen. Die staatlichen Anstalten sind vermöge ihres Zweckes weniger eingeschränkt in der Wahl der Aufnahme; sie können einerseits Kranke, die für den Unterricht in geringem Umfang in Betracht kommen, ablehnen und an andere Anstalten überweisen; sie können andererseits geeignete Fälle von auswärts aufnehmen, und zwar unter weniger schwierigen

Bedingungen, als dies gemeindliche Krankenhäuser zu tun verpflichtet sind; den Universitätsanstalten sind gewöhnlich Forschungsinstitute und Institute zur ambulanten Behandlung angegliedert. Oder aber die Universitätsverwaltungen schließen ein Abkommen mit den städtischen Verwaltungen, auf Grund dessen sie das Recht erhalten, die städtischen Krankenhäuser für den Unterricht mit zu benutzen und in ihnen selbständig im Interesse der Verfolgung ihrer eigenen Aufgaben disponieren zu können. Daraus folgt auch das Mitbestimmungs- oder alleinige Bestimmungsrecht bei der Wahl der leitenden Ärzte, die ja als Hochschullehrer Angestellte der Unterrichtsverwaltung bleiben müssen. In größeren Universitäten, wie Frankfurt a. M., Leipzig, Hamburg und anderen Städten, pflegen wieder städtische und Universitätsabteilungen nebeneinander zu bestehen, wodurch auch die gegenseitige Überweisung erleichtert wird.

Die *öffentlichen Anstalten*, soweit sie im Besitz von Stiftungen der *Kirche* oder *privaten Wohlfahrtsvereinigungen* oder im Besitz von *Gemeinden* sind, unterscheiden sich in Einrichtungen, Betrieb, Verwaltung voneinander grundsätzlich nicht viel von den ersteren, und bei der Berechnung des Bedarfs einer städtischen Bevölkerung an Krankenhausbetten wird es gleichgültig, von welcher Seite der Bedarf gedeckt wird, sofern er überhaupt befriedigt wird. Hin und wieder ergeben sich allerdings, wovon später die Rede sein wird, in der Tarifpolitik Schwierigkeiten, weil hinter den städtischen Anstalten die gesamte Steuerkraft der Gemeinde steht, während der Haushalt der anderen Anstalten ein beschränkter ist. Trotz der Gleichartigkeit in der Erfüllung der hauptsächlichsten Zwecke ergibt sich doch eine sehr ungleiche Verteilung in der Form öffentlicher Krankenhäuser in Deutschland nach der Größe der Gemeinden oder nach der geographischen Lage, wobei eben die geschichtliche Entwicklung mitgespielt hat. So überwiegen in den Großstädten, namentlich in Ost- und Mitteldeutschland, die großen städtischen öffentlichen Krankenanstalten, während im Westen, wo seit Jahrhunderten die katholische Religion das Krankenhauswesen zu einer ihrer Hauptaufgaben gemacht hat, die kirchlichen Anstalten die Überzahl bilden und schon wegen ihrer ausschließlich der Krankenpflege dienenden Ordensgemeinschaften an der Erhaltung ihres Übergewichtes ein großes Interesse haben. In Bayern dagegen, trotz seiner überwiegend katholischen Bevölkerung, ist lediglich aus geschichtlichen Gründen überwiegend Staat und Gemeinde der Träger des öffentlichen Krankenhauswesens. So kommt es, daß von ungefähr rund 204 000 Krankenhausbetten in den öffentlichen Krankenhäusern Preußens nicht ganz 70 000 im Besitz von Gemeinden und die übrigen im Besitz der genannten anderen Gruppen sich befinden. In Deutschland betrug 1922 die Gesamtzahl der Betten in öffentlichen Krankenhäusern 328 000. Dabei spielt aber die Größe der Anstalten eine Rolle. Die gemeindlichen Krankenhäuser überwiegen bei den ganz großen Anstalten der großen Städte, während die Wohlfahrtsvereinigungen und Kirchen auch Träger der zahlreichen Anstalten mit kleiner Bettenzahl in kleineren Orten sind.

Trotz des Bedarfs an Krankenhausbetten sind viele Kreisstädte nicht in der Lage, allein ein solches zu errichten und zu betreiben. Es ist deshalb vielfach zur Bildung von *Zweckverbänden* gekommen, bei denen sich mehrere Gemeinden oder Stadt- und Landkreis zusammengeschlossen haben, um gemeinsam eine Anstalt zu errichten und zu betreiben, in der Form von sogenannten Landkrankenhäusern. Es handelt sich hier um Kreisverbände. Eine Ausnahme macht aus geschichtlichen Gründen nur der Regierungsbezirk Cassel der Provinz Hessen-Nassau, in dem auch das öffentliche Krankenhauswesen in den Händen der Provinzialverwaltung und nicht in denen von Städten und Gemeinden liegt.

Spezialkrankenhäuser, namentlich Irrenanstalten, Hebammenlehranstalten, Krüppelheilanstalten, schließlich auch die Anstalten für Taubstumme und Blinde, werden nach der gesetzlichen Regelung von den *Provinzen* betrieben, zu deren Aufgaben die Verwaltung der genannten Krankenhäuser gehört. Groß-Berlin gilt hierbei als eine Provinz. Bei den Geisteskrankheiten ist das Verhältnis der privaten zu den öffentlichen Anstalten ein erheblich anderes als in den übrigen Fällen, bei denen die privaten Anstalten an Zahl sehr stark zurückstehen. Bei den Geisteskrankheiten spielt die Versorgung in Privatanstalten, namentlich soweit es sich um zahlungsfähige Patienten handelt, eine viel größere Rolle. Infolgedessen ist ihre Zahl recht beträchtlich, aber ihre Belegung sehr gering. So gab es im Deutschen Reiche während der Jahre 1917 bis 1919 250 öffentliche und Universitätsanstalten für Geisteskranke, dagegen nicht weniger als 220 private solche Anstalten. Die erste Gruppe aber zählte über 127 000 Betten, die zweite nur etwas mehr als 30 000.

Nun sind in der neueren Zeit Interessenbestrebungen hervorgetreten, um bestimmte Gruppen der Bevölkerung, deren gesundheitliche Fürsorge zu den Aufgaben der sozialen Versicherung gehört, ohne Rücksicht auf Krankheitsformen in eigene Versorgung zu nehmen. Es entstanden so die *Knappschaftskrankenhäuser*, die schon einen jahrzehntelangen Bestand haben und die vermöge der großen Mittel, über welche die Knappschaftskrankenkassen verfügen, großzügig ausgestattet werden konnten. Neuerdings gehen außerdem *Krankenkassen* gelegentlich dazu über, sich in den Besitz eigener Krankenhäuser zu setzen, die nicht mehr allein, wie früher, der Fürsorge für Rekonvaleszenten oder beginnende Tuberkulose dienen, sondern auch der Behandlung aller Krankheiten. Außerdem haben schon lange die Berufsgenossenschaften zur Nachbehandlung ihrer Verletzten und die Altersversicherungsanstalten zur Vorbeugung, Heilbehandlung und zur Versorgung Unheilbarer vielfach eigene Anstalten errichtet, die, weil für Sonderzwecke bestimmt, auch einen Sondercharakter tragen. Es soll schon jetzt, vorbehaltlich weiterer Betrachtungen an anderer Stelle, gesagt werden, daß diese Entwicklung der Errichtung allgemeiner Krankenhäuser durch Krankenkassen nicht in der Richtung einer zweckmäßigen Gesundheitspolitik liegt. Diese Anstalten, namentlich die Knappschaftskrankenhäuser, sind in der Lage, eine besondere, nach Geschlecht, Alter und Krankheitsform einseitig zusammengesetzte Gruppe der Bevölkerung in Krankheitsfällen zu versorgen, also eine Reihe günstiger Risiken für sich herauszunehmen, die zudem, da es sich vielfach um heilbare Verletzungen handelt, eine verhältnismäßig kurze Behandlungszeit beanspruchen. Dadurch läuft die Entwicklungsfähigkeit der allgemeinen Krankenhäuser Gefahr, geschädigt zu werden, denen dann überwiegend die chronischen unheilbaren Krankheitsformen und Siechtumsformen verbleiben; schließlich, wenn auch erst an letzter Stelle von Bedeutung, wird den Anstalten nur ein einförmiges Krankenmaterial gelassen, worunter die Ausbildung der Schwestern und die Fortbildung der Ärzte leidet, wenn ihnen Verletzungen, akute Krankheiten usw. zur Beobachtung entzogen werden.

Die Anstaltsbehandlung der erkrankten *Angehörigen von Heer und Marine* liegt auch heute noch, wie zu den Zeiten der allgemeinen Wehrpflicht, in den Händen der Heeres- und Marineverwaltung; diese Kranken werden besonderen Lazaretten überwiesen, die für sie allein bestimmt sind. Ihre Zahl ist gegen früher natürlich wesentlich vermindert und von den früheren Militärlazaretten ist ein sehr großer Teil an Gemeinden oder Wohlfahrtsvereinigungen übergeben, gelegentlich auch ganz anderen Zwecken zur Verfügung gestellt worden. Da jetzt bei der längeren Dienstzeit ein Bruchteil der Heeresangehörigen verheiratet ist, so werden auch ihre Frauen und Kinder den militärischen Lazaretten über-

wiesen. Die Leitung und Aufsicht untersteht der Heeresverwaltung und letzten Endes dem Reichswehrministerium.

Die noch in den ersten Kriegsjahren recht zahlreichen *Versorgungslazarette* für kranke oder verwundet gewesene Kriegsteilnehmer gehen in Deutschland und natürlich auch in anderen Ländern immer weiter an Zahl und Bettenzahl zurück. Übrig sind heute überwiegend noch einige besondere Fachanstalten und Einrichtungen zur Unterkunft in Heilbädern, zuweilen unter Mitbenutzung anderer Einrichtungen. Diese Versorgungsanstalten unterstehen der Medizinalabteilung des Reichsarbeitsministeriums.

Die dem öffentlichen Interesse dienenden Anstalten von Stiftungen, religiösen Körperschaften, Trägern der sozialen Versicherung geleiteten Anstalten werden rechtlich und verwaltungsmäßig den von der Unterrichtsverwaltung oder staatlichen und gemeindlichen Behörden betriebenen Anstalten gleichgestellt.

Neben den öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern gibt es aber in Deutschland eine Reihe *privater Anstalten*, die, anders als in Amerika und England, wo sie im Vordergrunde stehen, meistens einen kleinen Umfang haben. Es handelt sich fast immer um Anstalten von Fachärzten, die, um sich ihre privaten Patienten auch im Falle der Notwendigkeit eines operativen Eingriffs zu erhalten und selbst operative Eingriffe vornehmen zu können, solche Anstalten errichten oder, falls sie von anderer privater Seite errichtet und betrieben werden, allein oder gemeinsam mit anderen Fachärzten belegen. Um die Anstalt bei den außerordentlich hohen Kosten der Einrichtung für operative Zwecke voll leistungsfähig zu erhalten, pflegen sie sie nicht nur mit hoch zahlenden Privatpatienten, sondern auch mit Krankenkassenpatienten zu belegen, für die natürlich die Gebühren nicht höher berechnet werden können als in öffentlichen Anstalten. Diese Fachanstalten von Privatärzten, die nicht nur in der Großstadt, sondern namentlich auch in kleineren oder mittleren Städten bestehen, füllen eine Lücke in der Krankenversorgung aus, denn die öffentlichen allgemeinen Anstalten können nicht durchweg allen Gebieten der in so zahlreiche Fächer gespaltenen operativen Heilkunde voll Rechnung tragen.

Die Wohlfahrtsvereinigungen, religiösen Körperschaften und alle anderen Gruppen, die öffentliche Anstalten betreiben, aber nicht, wie bei den vom Staate oder den Gemeinden unterhaltenen Krankenhäusern, auf Zuschüsse aus den Haushalten rechnen können, haben sich in den Zeiten des Währungsverfalls zur gemeinsamen Wahrnehmung ihrer Interessen zusammengeschlossen, auch um die Zuschüsse des Reiches in jener vernichtenden Zeit zweckmäßig zu verteilen und gemeinsame Anschaffungen vorzunehmen. Aus dieser Bewegung ist später ein dauernder Zusammenschluß der Verbände zu einem „Reichsverband der privaten gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands", mit dem Sitz in Berlin, Oranienburger Straße, geworden, dem von großen Gruppen der Karitasverband, die evangelischen und jüdischen Krankenanstalten, das Rote Kreuz und der „fünfte" Verband", die Vereinigung nichtkirchlicher gemeinnütziger Anstalten angehören. Dieser Reichsverband ist im Begriff, seine Ziele weiter auf die gesamte Wohlfahrtspflege zu erstrecken, was um so näher liegt, als bei einigen seiner Bestandteile, wie z. B. dem Karitasverband, das Krankenhauswesen nur einen Teil seiner umfassenden Aufgaben bildet. Der Reichsverband hat organisatorisch, durch Raterteilung, Regelung der Beihilfen, Sammlung von Material, Anstellung von Untersuchungen über zweckmäßige Organisation schon in der kurzen Zeit seines Bestehens sich Verdienste um das Krankenhauswesen erworben; er fördert auch die Ruhegehaltsversorgung und betreibt weiter gemeinnützige Einrichtungen, auch zur Förderung von Erholungsheimen und anderen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge.

Seit etwa 4 Jahren ist ferner ein *Gutachterausschuß für das gesamte Krankenhauswesen* errichtet worden. Er hat seinen Sitz in Düsseldorf im dortigen akademischen Krankenhause. Seine Mitglieder sind Verwaltungsbeamte, der Verband der Krankenhausbeamten, leitende Krankenhausärzte, Krankenhausarchitekten; er steht in Arbeitsgemeinschaft mit dem Reichsverband und dem deutschen Städtetage. In Kommissionen und Unterkommissionen bearbeitet er alle Fragen der Organisation, Verwaltung, Etatisierung, Krankenhaustechnik und Statistik. Die Ergebnisse seiner Beratungen werden in der „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen" veröffentlicht. Der Gutachterausschuß unterhält zwei Auskunftsstellen, eine Rechtsauskunftsstelle beim Magistrat Leipzig und eine allgemeine Auskunftsstelle in Düsseldorf. Er hat sich neuerdings dem Normungsausschuß der deutschen Industrie angeschlossen und unterhält den Fachausschuß für Normungsfragen im Krankenhauswesen, den sog. Fanok. Er bildet zugleich eine Sammelstelle für Fragen des Krankenhauswesens in anderen Ländern. Im Werden ist eine Prüfungsstelle für Krankenhauseinrichtungen, die es der Industrie ermöglicht, ihre Neuerungen auf Bewährung prüfen zu lassen. Die zuständige Stelle überreicht alle ihr zur Prüfung überwiesenen Apparate oder technischen Erfindungen außer Medikamenten von Fall zu Fall bestimmten Krankenhäusern, übermittelt deren gutachtliche Äußerungen dem Antragsteller und behält sich die einheitliche Veröffentlichung des Ergebnisses vor. Der Gutachterausschuß hat 1927 mit dem „Reichsverband der gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands", mit dem gemeinsam er schon den „Fanok" bearbeitete, eine „Arbeitsgemeinschaft" geschlossen, derzufolge die Hauptarbeitsausschüsse paritätisch besetzt und deren Leitung unter beide Gruppen geteilt wird.

Der Gutachterausschuß hat sich bisher mit der Behandlung folgender Fragen beschäftigt:

Arbeitszeit in Krankenanstalten, Versorgung der Krankenhäuser, Personalabbau, steuerliche Notfragen (Tätigkeit im Währungsverfall, jetzt erledigt).

Richtlinien für den Neubau von Krankenanstalten, für den Umbau und die Erweiterung, für den Neubau von Kinderkrankenhäusern, für den Neubau von Irrenanstalten, für den Neubau von Tuberkulosekrankenhäusern, für das Infektionskrankenhaus, für Entlastungsabteilungen, für die Errichtung physikalisch-therapeutischer Institute. Richtlinien für Einführung des Rundfunks in Krankenanstalten; Rechtsverhältnisse im und für das Krankenhaus. Systematische Rationalisierung im deutschen Krankenhaus. Richtlinien für Personalverhältnisse im Krankenhauswesen. Richtlinien für den Fürsorgedienst im Krankenhaus, Ausbildung von Diätschwestern und Diätfürsorgerinnen im Krankenhaus; Schädigungen des Kranken im Krankenhaus, Bettennot. Richtlinien für Aufnahme von Gefangenen in Krankenhäuser. Richtlinien für Arbeitsgemeinschaften zwischen Krankenanstalten der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, zur Festsetzung der Verpflegungskosten in Arbeitsgemeinschaften allgemeiner Krankenanstalten; für den Berufs- und Gesundheitsschutz der technischen Röntgenassistentinnen; für die Besucher von Kranken in Krankenanstalten und für das Verhalten des Personals, für die Dienst- und Anstellungsverhältnisse von nicht im Mutterhausverhältnis stehenden Schwestern in Krankenanstalten, über die Zusammenfassung von Gesundheitsfürsorge und Krankenhauswesen, über Schutz-, Dienst- und Arbeitskleidung für das Krankenhauspersonal.

Über die Träger des öffentlichen Krankenhauswesens in *außerdeutschen Ländern* seien einige wesentliche Mitteilungen für diejenigen Länder gemacht, in denen erhebliche Abweichungen gegenüber deutschen Verhältnissen bestehen.

In *Österreich* war das Krankenhauswesen von Wien vor dem Kriege, ganz abgesehen vom alten wissenschaftlichen Ruhm, dadurch gekennzeichnet, daß es für ganze Provinzen der damaligen Monarchie als Behandlungs- und Zufluchtsstätte diente, während nicht nur viele nichtdeutsche Provinzen, sondern auch rein deutsche Gebiete in der Versorgung der Kranken überhaupt, besonders aber in der Behandlung z. B. der Tuberkulose gegenüber Deutschland rück-

ständig waren. Neben den staatlichen Anstalten Wiens gab es dort städtische Krankenhäuser, wie das Jubiläumshospital, die sich durch Pracht der Ausstattung, Raumverbrauch, glänzende und zweckmäßige Einrichtungen auszeichneten. Nach der Revolution ging Staatsleitung und Stadt Wien mit umfassenden Reformen vor. Die Gründung der selbständig gewordenen Nachfolgestaaten enthob das so stark verkleinerte Österreich der Versorgungspflicht für diese Länder, so daß Betten frei wurden oder durch geänderte Zahlungsverpflichtungen gegenüber den jetzt zu Ausländern gewordenen Kranken die wirtschaftlichen Schwierigkeiten verringerten. Andererseits mußte den verarmten Bundesländern außerhalb Wiens geholfen werden. Das geschah durch ein sehr in Einzelheiten gehendes *Krankenanstaltengesetz* vom 15. Juli 1920. Es schreibt den Aufnahmezwang für jeden Anstaltsbedürftigen in Anstalten vor, dem das Öffentlichkeitsrecht verliehen ist, ohne Rücksicht auf Heimatberechtigung, Konfession oder Zahlungsfähigkeit und garantiert dafür die finanzielle Sicherstellung aus öffentlichen Mitteln. Die hier festgelegte Verpflichtung ist auch auf Sonderheilanstalten, Genesungsheime, Pflegeanstalten und Gebäranstalten ausgedehnt. Die Verpflegungsdauer wird vom Arzt bestimmt, für Behandlung und Beköstigungsform sind nur gesundheitliche Gründe entscheidend. Die Bettenzahl der höheren Verpflegungsklassen darf 10% der Gesamtbetten nicht überschreiten.

Als Betriebsträger kommen nur Stadt, Land, Körperschaften des öffentlichen Rechts in Betracht. Gewinne sind ausgeschlossen. Die Verwaltung liegt in den Händen öffentlichrechtlicher Körperschaften. Das Gebiet, für das die Anstalt bestimmt ist, wird als Beitragsbezirk bezeichnet, die für jedes Land zusammengefaßt werden und deren Gesamtheit einem Anstaltsausschuß untersteht. Das Gesetz enthält weiter Vorschriften über die ärztliche Leitung, die Aufnahme, den Betrieb und die Leistungen, die nicht von den Einrichtungen gut organisierter anderer Länder abweichen. Bemerkenswert ist nur die Bestimmung, daß Unheilbare außer in Notfällen von der Aufnahme in Heilanstalten auszuschließen und Pflegeanstalten zu überweisen sind. Die Verpflegungsgebühren werden nach einem genehmigten Voranschlag festgesetzt. Bei unzulänglichen Einnahmen tritt die Leistung aus öffentlichen Mitteln ein in der Form eines Lastenausgleichs innerhalb der Länder und darüber hinaus im Eintreten des Bundes, so daß die Länder, soweit die Einnahmen die Selbstkosten nicht decken, kein Interesse an einer Gebührenerhöhung haben. Die Krankenkassen zahlen einen Tagessatz, der nicht höher sein darf als das dreifache des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes einer bestimmten Lohnklasse, aber ihre Verpflichtung besteht nur für 4 Wochen, dann treten auch für ihre Mitglieder die Leistungen für andere Kranke ein. In die allgemeine Gebührenklasse dürfen nur Unbemittelte aufgenommen werden; die Zahlungsfähigkeit wird bald nach der Aufnahme festgestellt, Zahlungsfähige sind zu Vorausbezahlungen verpflichtet. Von den Kosten für Errichtung oder Erweiterung von Anstalten tragen die Länder und der Bund je drei Achtel, der Beitragsbezirk zwei Achtel.

Ähnliche Einrichtungen bestehen z. B. in *Belgien*. Dort unterstehen die öffentlichen Krankenhäuser den Kommissionen der öffentlichen Armenpflege der Gemeinde oder der Vereinigung mehrerer Gemeinden, wobei der Zusammenschluß nach Provinzen nicht ausgeschlossen ist. Staat und Provinzen beteiligen sich aus Steuermitteln an den Baukosten, falls der Provinzialrat die Errichtung genehmigt und der Oberste Gesundheitsrat die Pläne gebilligt hat.

Bekanntlich hat auf Grund geschichtlicher Entwicklung *England* bis heute an einem ganz anderen Verfahren festgehalten. Dort sind im allgemeinen die öffentlichen Krankenhäuser auf die Unterstützung durch private Mittel angewiesen, die aus Stiftungen und jährlichen Beiträgen fließen. Sie pflegen all-

jährlich gelegentlich einer Festfeier der Gönner der Anstalt eingesammelt zu werden. Nur die Infektionskrankenhäuser, namentlich die Pockenkrankenhäuser, sind staatliche Anstalten. Die Einweisung in sie erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen zwangsweise und ist unentgeltlich. Die öffentlichen Krankenhäuser sind außer den jährlichen Spenden auf Einnahmen angewiesen und erhöhen diese durch ausgiebige Angliederung ambulatorischer Einrichtungen. Schädigungen infolge wirtschaftlicher Not, wie in den Jahren nach dem Kriege, können das Haushaltsgleichgewicht schwer erschüttern und haben in jener Zeit zum Schluß mancher Anstalt gezwungen und notwendige Erweiterungen und Besserungen in altbewährten Häusern verhindert. Deshalb war die Frage einer anderen Organisation des Krankenhauswesens, namentlich der Regelung einer gesetzlichen Beitragspflicht des Staates, ständiger Gegenstand der Erörterungen im Parlament in den letzten Jahren.

Im neuen *Rußland* hat der Staat auch das Krankenhauswesen sich angegliedert, hat in großem Umfang frühere Schlösser als Neuschöpfungen namentlich für die Erholungsfürsorge der Arbeiter mit einbezogen und bemüht sich ernst, das Krankenhauswesen auch auf bisher schlecht versorgte Gegenden auszudehnen. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten in staatlicher Hand wird in einer ungewöhnlichen Höhe angegeben. Bei dem großen Verfall nach dem Kriege erwuchs der Staatsverwaltung die schwierige und kostspielige Aufgabe der Wiederinstandsetzung bestehender Anstalten, die energisch und mit großen Mitteln durchgeführt wurde. Die Kosten trug der Staat über die verschiedenen der Gesundheitsfürsorge dienenden Organe, von denen die staatlichen Krankenkassen an der Spitze standen; ihnen fließen je 10—30% des Gehaltes der Angestellten und Arbeiter zu, gleichviel ob der Staat oder Private Arbeitgeber sind. Eine Besonderheit russischer Krankenhäuser ist noch die Arbeitsgesetzgebung, nach der für Ärzte, Schwestern und das höhere Sanitätspersonal ein sechsstündiger, für die einfachen Arbeiter ein achtstündiger Arbeitstag festgelegt ist, bei 12 Tagesarbeitsstunden und einem fünfstündigen Nachtstundentag für das Pflegepersonal, aber unter der Möglichkeit der Umrechnung auf eine Wochenarbeitszeit. Dadurch kommt auf je einen Kranken ein Angestellter, das höhere Personal mit eingerechnet. Auch über die Höchstzahl der einer Schwester zugeteilten Kranken sind Bestimmungen ergangen.

Sehr wichtig für uns ist die Entwicklung des Krankenhauswesens in den *Vereinigten Staaten Nordamerikas*. Wie nach dem Kriege so viele Zweige der Wirtschaft in Dimensionen sich entwickeln, die weit über das in Europa Bekannte und Erreichbare hinausgehen, so trifft dies auch auf das Krankenhauswesen zu, das namentlich in den östlichen Großstädten mit außerordentlich großen Mitteln fortentwickelt wird. Schon rein baulich ist das Krankenhaus dadurch gekennzeichnet, daß auch hier der vielgeschossige Hochbau und die Angliederung möglichst vieler der Fachgebiete verfolgt wird. Hygienische und sonstige technische Ausstattung geht vielfach weit über das bei uns erforderlich Scheinende hinaus. Die veranschlagten Kosten für mittlere Anstalten oder Anbauten übertreffen daher um das Mehrfache die bei uns üblichen Sätze für gleiche Größen. Aber die Mittel von seiten der privaten Stifter fließen deshalb reichlich, weil vermögende Amerikaner eine besondere Neigung haben, in besonderen Stiftungen oder Hinterlassungen gerade für dieses Ziel menschlicher Mildtätigkeit zu spenden.

Wenn auch in den Großstädten wohl die Stiftungskrankenhäuser überwiegen, so trifft dies keineswegs für das ganze Land zu. In Amerika führt die American Medical Association eine sehr genaue Statistik und Überwachung. Nach ihr bestanden im Jahre 1925 7370 Anstalten mit 813 226 Betten; davon

hatten 80% weniger als 100 Betten, 10% 101—200 Betten, etwas mehr als 6% mehr als 300 Betten. Fast die Hälfte der Betten (383 751) wurden von Staats- und Bundesbehörden unterhalten und diese Gruppe ist in stärkerer Zunahme als die andere. Die Zahl der in Anstaltspflege stehenden Geisteskranken überschreitet 300 000. Die Zahl der Betten für Tuberkulöse beträgt mehr als 70 000, bei einer Bevölkerungszahl von 112 Millionen und einer Tuberkulosesterblichkeit von 9,2 auf 10 000 Einwohner. Die Zahl des Standes der überhaupt Behandlungsbedürftigen wird auf 2% veranschlagt, von denen wieder 15% anstaltsbedürftig sind. Daraus errechnet sich der geltende Minimalstandard von 5 Betten auf 1000 Einwohner, 1 Bett für jeden jährlichen Tuberkulosetodesfall, 1 Bett für 2000 Einwohner für ansteckende Kinderkrankheiten, 1 Bett für jede Erstgebärende in geburtshilflichen Krankenhäusern (in Großstädten werden bis zu 60% der Kinder in der Anstalt geboren).

An lokalen Krankenhäusern stehen 28% unter der Leitung von unabhängigen Aufsichtsräten, ebenso unter der von verschiedenen Kirchen, deren Eigentum sie sind; etwa 15% gehören Gruppen von Ärzten; 70% unterstehen nur der privaten, nicht der behördlichen Kontrolle. Diese aber ist nicht minder streng durch das Eingreifen der Americ. Med. Assoc. Sie erhöht den Standard auch der wissenschaftlichen Leistungen ständig für Unterrichtsanstalten, bestimmt die Zuteilung nach Unterrichtsstärke und die für den Unterricht notwendigen Einrichtungen. Darüber hinaus überwacht nach bestimmter Norm das der Association unterstehende College of surgeons den Betrieb und fordert Berichte nach bestimmter Form und unterhält einen Stab ärztlicher Inspektoren, welche die Anstalten besichtigen. Es veröffentlicht weiße und schwarze Listen; diejenige der genehmigten Anstalten wird alljährlich veröffentlicht und nur diese Gruppe hat Aussicht, bei der Verteilung der Stiftungsmittel berücksichtigt zu werden. Daneben bestehen da und dort auch Überwachungsbureaus der Regierung, namentlich für Krankenpflegeschwestern. (Über die Bestrebungen amerikanischer Krankenhäuser nach Angliederung von Aufgaben der Gesundheitsfürsorge siehe S. 92.)

IV. Das Aufsichtsrecht des Staates im Krankenhauswesen Deutschlands.

Aus dem Vorhergehenden ging hervor, daß der Staat Träger des Krankenhauswesens nur für diejenigen Anstalten geblieben ist, die dem Unterricht dienen und insoweit sie der Staat allein betreibt. Im übrigen überläßt der Staat Errichtung, Betrieb und Finanzierung den zuständigen Trägern. Darüber hinaus hat er sich aber ein weitgehendes *Aufsichtsrecht* vorbehalten. Die Notwendigkeit ergibt sich auch schon aus der Beteiligung des Krankenhauses an der Seuchenbekämpfung, wie sie vorstehend geschildert wurde und im Seuchengesetz festgelegt ist, und aus der Tatsache, daß der Staat sich die Seuchenbekämpfung als eine ihm zustehende Aufgabe durch seine beamteten Ärzte vorbehalten hat.

Das Aufsichtsrecht des Staates kommt bei den öffentlichen Krankenhäusern in zwei Formen zum Ausdruck. Zunächst stellt er für den Bau und unmittelbar auch für den Betrieb der Anstalten durch Ministerialerlasse genaue Bestimmungen auf, an die die Errichtung von Anstalten gebunden ist. Diese Bestimmungen berücksichtigen alle baulichen und hygienischen Forderungen und schreiben vor, bei welchen einzelnen Punkten Dispense zulässig sind und welche staatliche Instanz zur Erteilung von Dispensen in Betracht kommt. Die vorletzte für Preußen ergangene Ministerialbestimmung über Bau und Betrieb von Anstalten datiert aus dem Jahre 1913. Sie kam nach eingehenden Beratungen

mit Sachverständigen zustande und soll wegen ihrer grundlegenden Wichtigkeit hier im Wortlaut angeführt werden.

Die Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen in Preußen nach der Verordnung des Ministers des Innern vom 11. August 1913 lauten:

§ 1. Größere Krankenanstalten im Sinne der nachstehenden Vorschriften sind Anstalten mit mehr als 50 Betten, kleine Anstalten solche mit 50 Betten und darunter.

I. Allgemeine Vorschriften.

§ 2. 1. Die Krankenanstalt muß frei und entfernt von Betrieben liegen, die geeignet sind, den Zweck der Anstalt zu beeinträchtigen. Der Bauplatz muß wenigstens 100 qm für das Bett groß, der Baugrund in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei sein.

2. Die Frontwände derjenigen Krankenräume, die zum dauernden Aufenthalt von Kranken bestimmt sind, müssen von anderen Gebäuden mindestens 20 m, die übrigen wenigstens 10 m entfernt sein.

3. Vor den Fenstern der Krankenzimmer muß mindestens ein solcher Freiraum verbleiben, daß die Umfassungswände und Dächer der gegenüberliegenden Gebäude nicht über eine Luftlinie hinausgehen, die von dem Berührungspunkt der Frontwand mit dem Fußboden der Krankenzimmer aus unter einem Neigungswinkel von 30° zu der verlängerten Fußbodenlinie gezogen wird.

4. Die Anlage von rings durch Gebäude umschlossenen Höfen ist im allgemeinen unzulässig.

5. Jedes Stockwerk, das für mehr als 30 Betten bestimmt ist, muß zwei Treppen mit Ausgängen ins Freie haben.

6. Bei größeren Krankenanstalten muß für die Aufnahme von Kranken eine Beobachtungsabteilung mit besonderem Eingang von außen vorhanden sein.

§ 3. 1. Flure und Gänge müssen mindestens 1,8 m breit, gut belichtet, lüft- und heizbar sein.

2. Gänge, an denen Krankenräume liegen, sind einseitig anzulegen. Jedoch können an der den Krankenräumen gegenüberliegenden Seite Nebenräume (Anrichteküche, Bade-, Aborträume, Zimmer für Pflegepersonal usw.) bis zur Hälfte der Länge des Ganges angebracht werden.

§ 4. 1. Die für Kranke bestimmten Räume müssen in der ganzen Grundfläche gegen das Eindringen von Bodenfeuchtigkeit gesichert sein.

2. Räume, deren Fußboden nicht mindestens 30 cm über der anschließenden Erdoberfläche liegt, dürfen mit Kranken nicht belegt werden.

3. Krankenzimmer, die das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen.

4. Die Wände in allen Krankenzimmern sollen glatt, in Operations- und Entbindungszimmern sowie in solchen Räumen, in denen Personen mit übertragbaren Krankheiten untergebracht werden, abwaschbar und mit ausgerundeten Ecken hergestellt sein.

5. Die Türen und Fenster sollen mit einfacher, abgerundeter Profilierung sowie abwaschbar hergerichtet sein.

§ 5. 1. Die Haupttreppen sollen in Anstalten über 20 Betten feuerfest, d. h. aus Beton oder aus Kunststein mit Eiseneinlage hergestellt und in allen Geschossen einschließlich des Dachgeschosses mit massiven Wänden umgeben werden. Naturstein ist nur zulässig, wenn die freien Stufenenden sicher unterstützt sind, die unterstützenden Träger glutsicher ummantelt werden und die Unterseite der Stufen durch Drahtmörtelputz aus Zementmörtel geschützt wird. — Für Anstalten bis zu 20 Betten genügen Treppen aus Holz mit unterseitigem Verputz, aus unverputztem Eichenholz oder aus Eisen, und zu ihrer Umschließung Wände aus beiderseits verputztem Fachwerk, aus Zement, Gips, Kunststeinplatten, Rabitzmasse u. dgl., sowie Treppen aus Naturstein, auch wenn die Stufen nicht unterputzt und am Ende nicht unterstützt sind.

2. Die Haupttreppen sollen ohne Wendelstufen und mit geraden, ihnen an Breite gleichen Podesten angelegt und mindestens 1,3 m breit sein; die Stufen sollen mindestens 30 cm Auftrittsbreite und höchstens 17 cm Steigung haben. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar von außen erhalten.

3. Die Fußböden aller von Kranken benutzten Räume sind möglichst wasserdicht und so herzustellen, daß die Kranken vor Abkühlung geschützt sind.

§ 6. 1. Die Krankenzimmer, alle von den Kranken benutzten Nebenräume, Anrichteküchen, Flure, Gänge und Treppenhäuser müssen mit Fenstern versehen werden, die unmittelbar ins Freie führen, die Fensterfläche soll in mehrbettigen Krankenzimmern mindestens $^1/_7$ der Bodenfläche, in einbettigen Zimmern (Einzelzimmern) mindestens 2 qm betragen.

2. Für Räume, in denen Kranke mit übertragbaren Krankheiten oder bettlägerige Sieche untergebracht werden, kann eine größere Fensterfläche vorgeschrieben werden.

3. Die Fenster müssen mit geeigneten Einrichtungen zum Schutz gegen Sonnenstrahlen versehen sein.

§ 7. 1. Bei bettlägerigen Kranken muß in mehrbettigen Zimmern für jedes Bett ein Luftraum von wenigstens 30 cbm bei 7,5 qm Bodenfläche und in einbettigen Zimmern ein Luftraum von wenigstens 40 cbm bei 10 qm Bodenfläche vorhanden sein; bei Kindern unter 14 Jahren genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 20 cbm bei 5 qm Bodenfläche für jedes Bett.

2. Bei Kranken, die nicht bettlägerig sind, genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 24 cbm, bei Kindern unter 14 Jahren ein Luftraum von 15 cbm, wenn ausreichende Tageräume von mindestens 2 qm Bodenfläche für den Kranken vorhanden sind.

3. Mehr als 30 Betten dürfen in einem Krankenraum nicht aufgestellt werden.

§ 8. 1. In jeder Krankenanstalt muß für jede Abteilung oder für jedes Geschoß mindestens ein geeigneter, mit der Hauptfensterseite nicht nach Norden gelegener Tagesraum für zeitweise nicht bettlägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden, dessen Größe auf mindestens 2 qm für jeden Kranken, mindestens aber auf 20 qm zu bemessen ist. Veranden, die geschlossen und ausreichend erwärmt werden können, sind als Tagesräume anzusehen.

2. Außerdem muß ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von angemessener Größe, in der Regel von 10 qm Fläche für jedes Krankenbett, vorgesehen werden.

§ 9. 1. Alle Krankenzimmer und von Kranken benutzten Räume müssen in einwandfreier Weise zu heizen, zu lüften und zu beleuchten sein.

2. Die Fenster der von dem Kranken benutzten Räume, der Flure, Gänge und Treppen sollen leicht zu öffnen und mit Lüftungseinrichtungen versehen sein.

3. Für alle von Kranken benutzten Räume, Flure und Gänge muß eine ausreichende Erwärmung vorgesehen sein. Hierbei ist der Belästigung durch strahlende Wärme vorzubeugen, Staubentwicklung von der Heizeinrichtung aus und Überhitzung der Luft an den Heizflächen zu vermeiden, jede Beimengung von Rauchgasen auszuschließen.

§ 10. Für jedes Krankenbett müssen täglich wenigstens 200 l gesundheitlich einwandfreies Wasser geliefert werden können.

§ 11. 1. Die Entwässerung und die Entfernung der Abfallstoffe muß in gesundheitlich unschädlicher Weise erfolgen.

2. Auswurfs- und Abfallstoffe, von denen anzunehmen ist, daß sie Krankheitserreger enthalten, müssen sofort unschädlich gemacht werden.

§ 12. 1. Die Aborträume sind in ausreichendem Umfang mit wenigstens einem Abort für je 15 Betten der Männer- und je einem für 10 Betten der Frauenabteilung in der erforderlichen Ausstattung und von den Krankenzimmern genügend getrennt anzulegen. Der Abort ist mit einem Vorraum zu versehen, der wie der Abort selbst mindestens ein ins Freie führendes Fenster haben muß, ausreichend hell, ständig gelüftet und heizbar sein soll. Für Männer sind Pissoire in einem besonderen Abteil des Abortraumes anzubringen.

2. Für das Pflegepersonal sind besondere, von denjenigen für die Kranken getrennte Aborträume anzubringen.

§ 13. 1. In jeder Krankenanstalt müssen geeignete Räume und Einrichtungen für Vollbäder vorhanden sein.

2. In größeren Anstalten sollen mindestens ein Raum mit der erforderlichen Einrichtung zu Vollbädern für die Aufnahme und Reinigung, einer für ansteckende Kranke und einer für das Pflegepersonal auf jeder Abteilung vorhanden sein, ebenso eine transportable Wanne.

§ 14. 1. In jeder Krankenanstalt sind je ein Raum für ärztliche Untersuchungen, ein Raum zum Abstellen und Erwärmen der Speisen mit den erforderlichen Wärmevorrichtungen und ein Raum für die Darreichung der „Ersten Hilfe", der zugleich als Behandlungszimmer dienen kann, ferner Einzelzimmer vorzusehen, in denen Kranke, deren Absonderung unbeschadet des § 19 erforderlich wird, untergebracht werden können.

2. Bei größeren Krankenanstalten müssen derartige Räume in einer den Abteilungen entsprechenden Zahl vorhanden sein.

§ 15. In Krankenanstalten, in denen Operationen ausgeführt zu werden pflegen, sind in der erforderlichen Weise ausgestattete Operationszimmer einzurichten, die auch die Vornahme aseptischer Operationen gestatten.

§ 16. Die Wirtschaftsräume sind so anzulegen, daß Dünste oder Geräusche aus ihnen nicht in die Krankenräume dringen können. Bei größeren Krankenanstalten sind die Wirtschaftsräume in einem besonderen Gebäude oder Gebäudeteil unterzubringen.

§ 17. 1. Jede Krankenanstalt muß eine ausschließlich für deren Insassen bestimmte Waschküche haben. Infizierte Wäsche darf ohne vorherige Desinfektion nicht gereinigt werden.

2. Für jede Krankenanstalt ist in einem ausreichend abgesonderten Gebäude oder Gebäudeteile eine geeignete Desinfektionseinrichtung vorzusehen, sofern nicht am Orte eine öffentliche Desinfektionsanstalt zur Verfügung steht.

3. Zur Unterbringung von Leichen ist in jeder Krankenanstalt ein besonderer Raum in erforderlicher Weise einzurichten und auszustatten, der nur diesem Zwecke dient und dem Anblick der Kranken möglichst entzogen ist. Für größere Anstalten ist ein besonderes Leichenhaus mit einem Raum für die Vornahme von Leichenöffnungen erforderlich.

4. Waschküche, Leichenhaus und Desinfektionshaus dürfen unter einem Dach angeordnet werden, wenn die Anlagen untereinander durch eine massive Wand vollständig getrennt werden. Dagegen darf die reine Seite der Desinfektionseinrichtung mit der Waschküche in Verbindung stehen.

§ 18. In allen Krankenanstalten müssen männliche und weibliche Kranke, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren, in getrennten Räumen, in größeren Anstalten in getrennten Abteilungen untergebracht werden.

§ 19. Für Kranke, die an übertragbaren Krankheiten leiden, sind die erforderlichen Absonderungsräume nebst Abort und Baderaum entweder in einem besonderen Gebäude oder in einer abgesonderten Abteilung mit besonderem Eingang von außen, bei Obergeschossen, wenn möglich, auch mit besonderer Treppe von außen vorzusehen.

II. Vorschriften über besondere Anstalten.

a) Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Schwachsinnige.

§ 20. Abteilungen und Räume für dauernd oder zeitweise auch am Tage bettlägerige, ferner für erregte oder unruhige oder einer besonderen Pflege bedürftige, für hilflose oder unsaubere Kranke (Aufnahmehäuser, Wachsäle, Lazarette, Siechenabteilungen, Säle für Bettruhe, Stationen für Unsaubere usw.) fallen unter die Bestimmungen der §§ 1 bis 19. Doch sind Abweichungen von den Vorschriften in den Fällen zulässig, wo durch ihre Befolgung eine sichere Bewahrung der Kranken oder die Übersichtlichkeit der Räume verhindert wird. Dies gilt im besonderen von den Vorschriften des § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 3, § 9 Abs. 2, § 12 und § 13 Abs. 2. Auf genügende Belichtung und Heizung, namentlich aber auf sorgfältige Entlüftung ist in diesen Ausnahmefällen besonders zu achten.

§ 21. 1. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fern bleiben, körperlich rüstig, nicht störend und völlig sauber sind, ist, genügende Lüftung und Belichtung vorausgesetzt, eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafräumen auf 20 cbm und der Grundfläche im Tagesraum auf etwa 3 qm für den Kranken zulässig (§§ 7 und 8). Auch kann in bezug auf die Größe der Fensterfläche (§ 6) Dispens gewährt werden.

2. Die in § 20 aufgeführten Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften finden auch für diese Art Kranken sinngemäße Anwendung.

3. Arbeitsräume für diese Kranken können auch in hellen, trockenen und luftigen Kellerräumen untergebracht werden.

§ 22. Bei allen nicht unter den § 20 fallenden Abteilungen, besonders bei kolonialen Gebäuden, Landhäusern und Villen für ruhige, körperlich rüstige und regelmäßig beschäftigte Kranke bleiben die Vorschriften der §§ 2—19 außer Anwendung. Heizung, Lüftung, Belichtung, Wasserversorgung und Beseitigung der Abfälle müssen jedoch sowohl für die eigentlichen Krankenräume als auch für die Beschäftigungsräume, Arbeitsstätten und Nebengelasse ausreichend und derart eingerichtet werden, daß jede ungünstige Einwirkung auf die Gesundheit ausgeschlossen bleibt.

§ 23. Die Vorschriften des § 22 gelten auch für Nervenheilanstalten, Nervenheilstätten, für Erholungsheime für Nervenkranke, Anstalten für Alkoholkranke und ähnliche Anlagen. In jeder Nervenheilanstalt pp. müssen jedoch Räume für dauernd bettlägerige, körperlich hilflose und geschwächte Kranke zur Verfügung stehen, für welche die Vorschriften des § 20 gelten.

§ 24. Bei allen in den §§ 22 und 23 erwähnten Anstalten und Abteilungen sind ausreichende Badeeinrichtungen, die Möglichkeit der Beschäftigung und eine genügende Fläche zur Bewegung im Freien vorzusehen.

§ 25. In den Anstalten für Geisteskranke, Epileptische oder Schwachsinnige (§§ 20 bis 23) bis zu 20 Betten muß wenigstens ein passend gelegener und eingerichteter Raum von 40 cbm Luftraum für die Absonderung von Kranken vorhanden sein, in Anstalten von 21—50 Betten sind wenigstens zwei solcher Räume vorzusehen.

In größeren Anstalten dieser Art sind entsprechend erweiterte Anlagen, namentlich auch zur Absonderung von Personen mit übertragbaren Krankheiten einzurichten.

b) Lungenheilstätten.

§ 26. Lungenheilstätten und Abteilungen für Lungenkranke in allgemeinen Krankenanstalten fallen unter die Vorschriften der §§ 1—19. In solchen Anstalten und Abteilungen

sind Gesellschafts- und Beschäftigungsräume, ferner überdachte Einrichtungen für die Liegekur im Freien in einer der Größe der Anstalt oder Abteilung entsprechenden Art und Zahl vorzusehen. Auf die in § 8 Abs. 1 vorgeschriebenen Tageräume können diese Räume und Einrichtungen in Anrechnung gebracht werden.

§ 27. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fern bleiben, ist, genügende Lüftung, Belichtung und das Vorhandensein ausreichender Tagesräume vorausgesetzt, eine Verminderung des Luftraumes in den Schafzimmern für mehrere Kranke auf 20 cbm, bei Kindern unter 14 Jahren auf 12 cbm zulässig.

§ 28. Für Erholungsstätten, Walderholungsstätten, Heime für Ferienkolonisten und ähnliche Anstalten gelten die Vorschriften der §§ 22—25.

c) Entbindungsanstalten und Säuglingsheime.

§ 29. In Entbindungsanstalten, Wöchnerinnenasylen, Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen und ähnlichen Anstalten oder Abteilungen dieser Art in allgemeinen Krankenanstalten gelten für diejenigen Räume, in denen Kreißende, Wöchnerinnen und erkrankte Pfleglinge untergebracht werden, die Bestimmungen der §§ 1—19 mit der Maßgabe, daß für je eine Wöchnerin mit ihrem Kind in Zimmern für mehrere Wöchnerinnen wenigstens 35 cbm und in Zimmern für nur eine Wöchnerin mit Kind wenigstens 45 cbm in Ansatz zu bringen sind.

§ 30. In Entbindungsanstalten mit mehr als 4 Betten ist ein besonderes Entbindungszimmer mit der nötigen Einrichtung vorzusehen. In Entbindungsanstalten, die auch frauenärztlichen Zwecken dienen und nicht mehr als 10 Betten haben, kann das Entbindungszimmer zugleich als Operationszimmer benutzt werden.

§ 31. Für die übrigen Räume, namentlich für diejenigen der Schwangeren, gelten die Bestimmungen des § 22.

§ 32. 1. In den Räumen für Säuglinge soll auf ein Säuglingsbett wenigstens ein Luftraum von 12 cbm entfallen

2. Für erkrankte Säuglinge muß auf ein Säuglingsbett wenigstens ein Luftraum von 20 cbm entfallen.

d) Sonstige Bestimmungen.

§ 33. In besonders gearteten Fällen kann bei Anstalten für bestimmte Kranke, z. B. bei den Augenheilanstalten, von den Vorschriften des § 17 abgesehen werden.

§ 34. Für die Krüppelheilanstalten, Heime und orthopädische Anstalten gelten sinngemäß die Vorschriften der §§ 22—25.

§ 35. Von den Bestimmungen des § 2 Abs. 1—5, § 4 Abs. 2, § 6, § 8 Abs. 2 und § 12 Abs. 2 sind Ausnahmen zulässig.

§ 36. 1. Auf Erweiterungsbauten finden die vorstehenden Vorschriften gleichmäßige Anwendung.

2. Bei Umbauten von Anstalten, die den vorstehenden Vorschriften nicht entsprechen, können noch weitergehende Dispense, als im § 35 vorgesehen sind, erteilt werden.

§ 37. Die Vorschriften der Baupolizeiverordnungen bleiben insoweit in Kraft, als sie nicht durch die vorstehenden Bestimmungen verschärft werden.

Unter der Not des Währungsverfalls und der Bauschwierigkeiten, der die Anstalten zu erliegen drohten, und als Neubauten immer dringender, aber immer undurchführbarer erschienen, entschloß sich das preußische Ministerium, Erleichterungen zugleich aber auch *Ergänzungen* von jenem Erlaß des Jahres 1913 ergehen zu lassen. Diese Erleichterungen betreffen Baufragen, Ermäßigungen der Raumforderungen und, um Anbauten und Umbauten möglich zu machen, Verzichte auf zahlreichen Gebieten. Vor allem wurde die Zahl derjenigen Vorschriften erweitert, in denen Dispense erteilt werden durften. Diese Verordnung aus dem Jahre 1920 ist noch jetzt gültig und sei deshalb ebenfalls im ungefähren Wortlaut hier angegeben.

Der § 1 setzt zunächst fest, daß als *kleine Krankenanstalten* im Sinne der Verordnung Anstalten mit einer Anzahl von 50 Betten, als *mittlere* solche mit einer Anzahl von mehr als 50—150 Betten, als *größere* Anstalten diejenigen mit mehr als 150 Betten anzusehen sind.

Die §§ 2—19 umfassen die *allgemeinen Vorschriften*, die in erster Linie für alle privaten und öffentlichen Krankenanstalten Geltung haben.

Über die *Lage der Krankenanstalt* wird zunächst (§ 2) gesagt, daß die Krankenanstalt frei und entfernt von Betrieben liegen soll, die geeignet sind, den Zweck der Anstalt zu be-

einträchtigen, daß der Bauplatz eine Durchschnittsgröße von 75 qm — auf ein Bett berechnet — haben soll, und daß der Baugrund in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei sein muß.

Über die Entfernung der Krankengebäude untereinander, sowie von Gebäuden der Nachbarschaft sagt § 2 Ziffer 2 der preußischen Vorschrift, daß die Fensterwände derjenigen Krankenräume, die zum dauernden Aufenthalt von Kranken bestimmt sind, von anderen Gebäuden mindestens 14 m, die übrigen mindestens 9 m entfernt sein müssen.

Weiter heißt es im § 2, daß die Anlage von rings durch Gebäude umschlossenen Höfen im allgemeinen unzulässig ist, daß ferner jedes Stockwerk, das für mehr als 40 Betten bestimmt ist, 2 Treppen mit Ausgängen ins Freie haben muß, und daß in mittleren und größeren Anstalten für die Aufnahme von Kranken eine Beobachtungsabteilung mit besonderem Eingang von außen vorhanden sein soll.

Nach dem § 3 müssen Flure und Gänge bei mehr als 5 m Länge mindestens 1,8 m breit, gut belichtet, luftig und heizbar sein. Im übrigen sind Flure und Gänge, an denen Krankenräume liegen, bei mehr als 25 m Länge einseitig anzulegen. Jedoch können an der den Krankenräumen gegenüberliegenden Seite Nebenräume (Anrichteküche, Bade- und Aborträume, Zimmer für Pflegepersonal usw. bis zur Hälfte der Länge des Ganges angebracht werden.

Über die Anlage der *eigentlichen Krankenräume* gilt in Preußen (§ 4) folgendes:

Die Krankenräume sollen in der ganzen Grundfläche gegen Eindringen von Bodenfeuchtigkeit gesichert sein.

Baden verlangt für diesen Fall, daß die Krankengebäude unterkellert sind und der Boden des Kellers sich unter dem höchsten Grundwasserstand befindet; ist dies nicht der Fall, so soll Schutz hiergegen geschaffen werden.

Weiter schreibt *Preußen* vor, daß Räume, deren Fußboden nicht mindestens 30 cm über der anschließenden Erdoberfläche liegt, mit Kranken nicht belegt werden dürfen. Krankenzimmer, die das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen.

Württemberg empfiehlt für die Krankenzimmer eine südliche Lage, warnt aber vor zu langer Besonnung — die wohl für Norddeutschland weniger in Frage kommen dürfte — und vor Südwestlage.

Weiterhin heißt es im § 4 der preußischen Vorschriften, daß die Wände in den Krankenzimmern glatt, in Operations- und Entbindungszimmern, sowie in Räumen, in denen Personen mit ansteckenden Krankheiten untergebracht sind, auch abwaschbar und mit ausgerundeten Ecken hergestellt sein sollen; schließlich sollen die Türen und Fenster mit einfacher, abgerundeter Profilierung und abwaschbar hergerichtet sein. *Württemberg* verlangt die Ausrundung aller Ecken und Kanten sowie die Abwaschbarkeit bis zu einer Höhe von 1,50 m.

Über die Herstellung der *Treppen* sagen die *preußischen* Bestimmungen (§ 5), daß die Haupttreppen für Stockwerke mit mehr als 25 Betten feuer*fest* im Sinne der Bauordnung sein sollen, daß dagegen für Stockwerke bis zu 25 Betten Treppen, die feuer*sicher* im Sinne der Bauordnung sind, ausreichen. Weiter wird verlangt, daß die Haupttreppen ohne Wendelstufen und mit geraden, ihnen an Breite gleichen Podesten angelegt und mindestens 1,30 m breit sein und die Stufen wenigstens 28 cm Auftrittsbreite und höchstens 18 cm Steigung haben sollen. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar von außen erhalten.

Über die *Fußböden* sagt die preußische Vorschrift (§ 5), daß die Fußböden aller von Kranken benutzten Räume möglichst wasserdicht und so herzustellen sind, daß die Kranken vor Abkühlung geschützt bleiben.

Es wäre zweckmäßig, Wasserdichtigkeit, Schalldämpfung und die Eigenschaft der Fußböden, Wärme nicht weiter zu leiten, in allen Staaten behördlich zu verlangen.

Von Wichtigkeit ist weiterhin die preußische Vorschrift des § 6, wonach die Krankenzimmer, sowie alle von den Kranken benutzten Nebenräume, Anrichteküchen, Flure, Gänge und Treppenhäuser *Fenster* haben müssen, die unmittelbar ins Freie führen; dabei soll die Fensterfläche in mehrbettigen Krankenzimmern ein Siebentel der Bodenfläche, in einbettigen Zimmern (Einzelzimmer) mindestens 2 qm betragen.

Württemberg geht auch hier etwas weiter und verlangt ein Sechstel der Bodenfläche als Fensterfläche.

Weiterhin aber läßt *Preußen* für die Räume, in denen Kranke mit übertragbaren Krankheiten oder bettlägerige Sieche untergebracht werden, die Forderung einer noch größeren Fensterfläche zu. Im übrigen müssen alle Fenster mit geeigneten Einrichtungen zum Schutze gegen Sonnenstrahlen versehen sein.

Preußen schreibt jetzt in mehrbettigen Zimmern für jeden Kranken einen Luftraum von wenigstens 25 cbm auf 7,5 qm Bodenfläche und in einbettigen Zimmern einen Luftraum von 35 cbm auf 10 qm Bodenfläche vor; für Kinder unter 14 Jahren wird in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 15 cbm auf 5 qm Bodenfläche (gegenüber 20 cbm auf 5 qm Bodenfläche in den früheren Vorschriften) als ausreichend gefordert. Bei Berechnung des Luftraumes soll eine Höhe von mehr als 4 m nicht in Anrechnung gebracht werden.

Wichtig ist weiterhin, daß die neuen Vorschriften den im Runderlaß vom 8. Juli 1911 noch gegebenen Unterschied zwischen einer besonderen Bemessung des Luftraumes für *bettlägerige* und *nichtbettlägerige* Kranke aufgegeben haben, da die Durchführung und Aufrechterhaltung dieser Vorschrift in den einzelnen Krankenanstalten, namentlich im Hinblick auf die meist unregelmäßige Verteilung von bettlägerigen und nichtbettlägerigen Kranken und den fast täglichen Wechsel der Belegung mindestens in den größeren Krankenzimmern an den praktischen Verhältnissen scheiterte.

Weiterhin schreibt § 7 für *Preußen* vor, daß mehr als 30 Betten in einem Krankenraume nicht aufgestellt werden sollen.

Über die *Tagesräume* für zeitweise nicht bettlägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke schreibt *Preußen* (§ 8) vor, daß in jeder Krankenanstalt für jede Abteilung oder für jedes Geschoß mindestens ein geeigneter Tageraum eingerichtet werden soll, dessen Größe auf etwa 2 qm für jeden Kranken, mindestens aber auf 20 qm zu bemessen ist. Dabei wird noch besonders zugelassen, daß Veranden, die geschlossen und ausreichend erwärmt werden können, als Tageraum benutzt werden dürfen. Die Provinz *Hessen-Nassau* hat diese Vorschrift noch dahin erweitert, daß auch Dielen oder abgetrennte Korridore und Wartezimmer ebenso wie die Veranden als Tageräume angerechnet werden können. *Oldenburg* hat kein Raummaß für die Tageräume angegeben, verlangt aber ausdrücklich für die beiden Geschlechter getrennte Tageräume.

In *Württemberg* müssen Tageräume, Badezimmer, Abfallräume, Teeküchen in ausreichender Größe, Anzahl, zweckmäßiger Einrichtung und Verteilung vorhanden sein, ebenso Zimmer für Pfleger und für Dienstpersonal.

Weiterhin verlangt der preußische § 8, daß noch ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von angemessener Größe, in der Regel von 10 qm Fläche für jedes Krankenbett, vorzusehen ist.

Über die *Heizung, Lüftung* und *Belichtung* der Räume besagt die preußische Vorschrift des § 9, daß alle Krankenzimmer und von Kranken benutzten Räume in einwandfreier Weise geheizt, gelüftet und belichtet werden sollen. Die Fenster der von den Kranken benutzten Räume, der Flure, Gänge und Treppen sollen leicht zu öffnen und mit Lüftungseinrichtung versehen sein.

Preußen schreibt dann im § 10 vor, daß für ein Krankenbett durchschnittlich 150 l einwandfreies Wasser (gegenüber der Forderung von 200 l in den früheren Vorschriften) zur Verfügung stehen müssen.

Der § 11 verlangt, daß die Entwässerung und Entfernung der Abfallstoffe in gesundheitlich unschädlicher Weise erfolgen muß, und daß die Auswurfs- und Abfallstoffe, für die der Verdacht besteht, daß sie Krankheitserreger enthalten, sofort (also durchweg noch vor dem Verlassen der Krankenanstalt) unschädlich gemacht werden müssen.

Über die *Aborträume* wird im § 12 vorgeschrieben, daß diese in ausreichendem Umfang, und zwar mit wenigstens einem Abort für je 15 Betten der Männer und je einem für 10 Betten der Frauenabteilung in der erforderlichen Ausstattung und von den Krankenzimmern genügend getrennt angelegt werden müssen. Der Abort ist mit einem Vorraum zu versehen, der wie der Abort selbst mindestens ein ins Freie führendes Fenster haben, ausreichend hell, ständig gelüftet und heizbar sein soll. Für Männer sind in einem besonderen Abteil des Abortraumes Pissoire anzubringen. Außerdem müssen aber für das Pflegepersonal besondere Aborträume, und zwar tunlichst getrennt von den für die Kranken bestimmten Aborträumen, eingerichtet werden.

Über die *Badeeinrichtungen* besagt der § 13 in Preußen, daß in jeder Krankenanstalt geeignete Räume und Einrichtungen für Vollbäder, daß in jeder mittleren und großen Anstalt auf jeder Abteilung mindestens ein Raum mit der erforderlichen Einrichtung für Vollbäder zur Reinigung der Kranken, sowie eine fahrbare Wanne vorhanden sein sollen. Im übrigen ist mindestens ein Baderaum für das Pflegepersonal und einer für ansteckende Kranke einzurichten, falls hierfür nicht in anderen Teilen der Anstalt ausreichend gesorgt ist.

Im § 14 der preußischen Vorschriften wird auch die Einrichtung je eines Raumes für ärztliche Untersuchungen und eines Raumes für die Gewährung der „Ersten Hilfe", der zugleich als Behandlungszimmer dienen kann, verlangt.

Weiter wird hier aber vorgeschrieben, daß in jeder Anstalt Einzelzimmer vorzusehen sind, in denen Kranke untergebracht werden können, deren Absonderung — abgesehen von den Fällen der Unterbringung ansteckender Kranker, für die noch besondere Vorschriften gelten — erforderlich wird.

Schließlich wird im § 14 noch gefordert, daß in jeder Anstalt für die Warmhaltung der Speisen ein besonderer Raum einzurichten ist. Alle die hier genannten Räume müssen in mittleren und großen Anstalten selbstverständlich in vermehrter Zahl vorhanden sein.

Besondere Vorschriften über die *Operationszimmer* enthält der § 15 der preußischen Verordnung, wonach in Krankenanstalten, in denen Operationen ausgeführt zu werden pflegen, Operationszimmer mit der notwendigen Ausstattung einzurichten sind, in denen auch aseptische Operationen vorgenommen werden können.

Im Zusammenhang hiermit besagt der § 17, daß jede Krankenanstalt eine ausschließlich für die Insassen bestimmte *Waschküche* haben soll und daß infizierte Wäsche ohne vorherige Desinfektion nicht gereinigt werden darf. Diese Vorschriften sind so selbstverständlich, daß sie kaum einer Begründung bedürfen. Weiter verlangt aber Preußen, daß für jedes Krankenhaus in einem ausreichend abgesonderten Gebäude oder Gebäudeteil eine geeignete *Desinfektionseinrichtung* vorzusehen ist, falls nicht am Orte eine einwandfreie Desinfektionsanstalt zur Verfügung steht.

Ferner fordert der § 17 für die *Unterbringung von Leichen* in jeder Krankenanstalt die Errichtung eines besonderen Raumes, der nur diesem Zwecke dient und dem Anblick der Kranken möglichst entzogen ist; und zwar ist für große Anstalten ein besonderes Leichenhaus mit einem Raume für die Vornahme von Leichenöffnungen erforderlich.

Zugelassen wird in *Preußen* durch § 17 noch, daß Waschküche, Leichenhaus und Desinfektionshaus unter einem Dach untergebracht werden, wenn diese verschiedenen Anlagen durch massive Wände vollständig voneinander getrennt werden. Nur die reine Seite der Desinfektionseinrichtung darf mit der Waschküche in Verbindung stehen.

Der § 18 der preußischen Vorschriften fordert, daß in allen Krankenanstalten sämtliche männlichen und weiblichen Kranken, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren, in getrennten Räumen, in mittleren und großen Anstalten sogar in getrennten Abteilungen untergebracht werden.

Der für die *Absonderung der ansteckenden Kranken* erlassene § 19 verlangt für Preußen, daß in jeder Krankenanstalt für die Unterbringung von Kranken, die an übertragbaren Krankheiten leiden, die zur Verhütung einer Weiterverbreitung dieser Krankheiten erforderlichen Absonderungsräume nebst Aborten und Baderäumen eingerichtet werden müssen. Weiter heißt es an dieser Stelle, daß diese Räume für jede große Krankenanstalt in einem besonderen Gebäude unterzubringen sind, während in kleinen und mittleren Anstalten die Einrichtung der Isolierräume mindestens in einer abgesonderten Abteilung des Gebäudes mit besonderem Eingang von außen geschehen muß. Soll die letztgenannte Art der Unterbringung in einem Obergeschoß des Krankenhauses erfolgen, so ist hierfür, wenn irgend möglich, noch eine besondere, mit keinem anderen Geschoß in Verbindung stehende, direkt von außen zugängliche Treppe vorzusehen.

Der zweite Teil der preußischen Verordnungen bringt nun in den §§ 20—32 *Vorschriften über besondere Anstalten.*

Hier wird zunächst über die Anstalten für *Geisteskranke*, *Epileptiker* und *Schwachsinnige* im § 20 gesagt, daß Räume für dauernd oder zeitweise nur am Tage bettlägerige, ferner für erregte, unruhige oder einer besonderen Pflege bedürftige, für hilflose und unsaubere Kranke (Aufnahmehäuser, Wachsäle, Siechenabteilungen, Stationen für Unsaubere usw.) unter die Bestimmungen der §§ 1—19 fallen, daß aber Abweichungen von jenen Vorschriften für die soeben genannten Räume dann zulässig sind, wenn durch die Befolgung dieser Vorschriften eine sichere Bewahrung der Kranken oder die Übersichtlichkeit der Räume verhindert wird oder die besonderen Verhältnisse dieser Anstalten Abweichungen bedingen.

Doch wird im § 20 ausdrücklich hervorgehoben, daß in diesen Ausnahmefällen auf genügende Belichtung und Heizung, namentlich aber auf sorgfältige Entlüftung der Räume (für Geisteskranke) besonders zu achten ist. Im § 21 wird für Geisteskranke usw., die in der Regel am Tage die Schlafräume überhaupt nicht benutzen, körperlich rüstig und völlig sauber sind, eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafräumen auf 15 cbm und der Bodenfläche der Tageräume auf 1 qm für den Kranken als zulässig bezeichnet. Auch dürfen Arbeitsräume für diese Kranken in hellen, trockenen und luftigen Kellerräumen untergebracht werden.

Ferner brauchen bei allen (§ 22) nicht unter den § 20 fallenden Krankenabteilungen, besonders bei kolonialen Gebäuden, Landhäusern und Villen für ruhige und körperlich rüstige Kranke (Geisteskranke) die Vorschriften der §§ 2—19 nicht angewendet zu werden. Selbstverständlich müssen aber für diese Kranke hinsichtlich Heizung, Lüftung, Belichtung, Wasserversorgung und Beseitigung der Abfälle usw. gesundheitlich einwandfreie Verhält-

nisse geschaffen werden; die vorgenannten Grundsätze des § 22 haben auch für Nervenheilanstalten, Erholungsheime für Nervenkranke, Anstalten für Alkoholkranke und ähnliche Anlagen Geltung (§ 23). Doch müssen in jeder Nervenheilanstalt usw. Räume für dauernd bettlägerige, körperlich hilflose und geschwächte Kranke im Sinne der Vorschriften des § 22, sowie ausreichende Badeeinrichtungen, die Möglichkeit der Beschäftigung und eine genügende Fläche zur Bewegung im Freien vorgesehen werden (§ 24). Für die kleinen Anstalten für Geisteskranke, Epileptiker und Schwachsinnige wird durch den § 25 die Einrichtung wenigstens eines geeigneten Raumes von 40 cbm Luftgehalt für die Absonderung von Kranken, in mittleren Anstalten die Anlage mindestens zweier solcher Räume verlangt. Für größere Anstalten sind entsprechend erweiterte Anlagen, namentlich auch eine zur Absonderung von ansteckenden Krankheiten, vorzusehen.

Die *Lungenheilstätten* (§§ 26—27), sowie die Abteilungen für Lungenkranke in allgemeinen Krankenanstalten fallen unter die Vorschriften der §§ 1—19. In diesen Anstalten und Abteilungen müssen Gesellschafts- und Beschäftigungsräume, ferner überdachte Einrichtungen für die Liegekur im Freien entsprechend der Größe der Anstalten oder Abteilung vorgesehen werden (§ 26).

Für diejenigen Kranken, die — z. B. mit Rücksicht auf eine Liegekur im Freien — die Schlafräume am Tage nicht benutzen, ist unter der Voraussetzung genügender Lüftung, Belichtung und des Bestehens ausreichender Tageräume eine Verminderung des Luftraumes in den mehrbettigen Schlafzimmern auf durchschnittlich 20 cbm für das Bett, bei Kindern unter 14 Jahren auf 12 cbm zulässig (§ 27).

Für Walderholungsstätten, Heime für Ferienkolonisten und ähnliche Anstalten gelten die geschilderten Vorschriften der §§ 22—25.

Über Anlage und Einrichtung von *Entbindungsanstalten* und *Säuglingsheimen* geben die §§ 29—32 folgende Vorschriften:

Für Entbindungsanstalten, Wöchnerinnenasyle, Wöchnerinnenheime, Säuglingsheime, Kinderkrippen und ähnliche Anstalten oder Abteilungen dieser Art in allgemeinen Krankenhäusern gelten hinsichtlich derjenigen Räume, in denen Kreißende, Wöchnerinnen und erkrankte Pfleglinge untergebracht werden, die Bestimmungen der §§ 1—19 mit der Maßgabe, daß in Zimmern für mehrere Wöchnerinnen für je eine Wöchnerin mit ihrem Kind mindestens 30 cbm und in Zimmern für je eine Wöchnerin mit Kind wenigstens 40 cbm Luftraum in Ansatz zu bringen sind.

In Entbindungsanstalten mit mehr als vier Betten muß ein besonderes Entbindungszimmer mit der erforderlichen Einrichtung vorgesehen werden. Doch kann in Entbindungsanstalten, die auch der Behandlung von Frauenleiden dienen und nicht mehr als 10 Betten haben, das Entbindungszimmer zugleich als Operationszimmer benutzt werden.

Für die übrigen Räume, insbesondere für diejenigen der Schwangeren, gelten die oben erwähnten Bestimmungen des § 22 (betr. koloniale Gebäude, Landhäuser und Villen für ruhige, körperlich rüstige und regelmäßig beschäftigte Geisteskranke). Für die Provinz *Hessen-Nassau* ist noch vorgeschrieben, daß in Entbindungsanstalten mit mindestens 10 Betten ein Isolierzimmer für Kindbettfieberkranke und septische Fehlgeburten mit eigenem Abort, Baderaum und Desinfektionseinrichtung für Wäsche usw. vorzusehen ist.

In den *Säuglingsheimen*, Kinderkrippen und ähnlichen Anstalten müssen in den Räumen für gesunde Säuglinge und Kleinkinder auf das einzelne Bett ein Luftraum von mindestens 10 cbm, in den Räumen für erkrankte Säuglinge und Kleinkinder aber wenigstens 15 cbm Luftraum auf ein Bett vorhanden sein.

Bei dieser Vorschrift ist von besonderer Bedeutung, daß sie in Erweiterung der Vorschriften eines Erlasses vom 8. Juli 1911, der an dieser Stelle nur von Säuglingsheimen sprach, nicht nur für diese, sondern *auch für Kinderkrippen* Geltung hat. Hierdurch kann in Zukunft dem bisher oft beobachteten Mißstand vorgebeugt werden, daß unter der Bezeichnung Kinderkrippen Anstalten zur Aufnahme von Kleinkindern und Säuglingen eingerichtet werden, die — obwohl sie ihrer ganzen Anlage und ihrem Betriebe nach mit den Säuglingsheimen auf gleicher Stufe stehen — in vielfacher Hinsicht unzulänglich sind, z. B. nicht genügend Luftraum für den einzelnen Säugling bzw. das Kleinkind zur Verfügung stellen oder andere Mängel aufweisen, die mit den hygienischen Mindestforderungen im Widerspruch stehen.

In den §§ 33—38 sind noch eine Reihe sonstiger Bestimmungen über besonders geartete Fälle, über Ausnahmen von den vorher genannten Vorschriften, über Anwendung der Vorschriften auf Umbauten usw. enthalten.

Nach dem § 33 kann in besonders gearteten Fällen bei Anstalten für bestimmte Kranke, z. B. bei den Augenheilanstalten, von den Vorschriften des § 17 (betr. Anlage der Waschküche, der Desinfektionseinrichtung, der Unterbringung von Leichen usw.) abgesehen werden.

Der § 34 bestimmt, daß für die Krüppelheilanstalten, Heime und orthopädischen Anstalten die Vorschriften der §§ 22—25 (s. oben) sinngemäß Anwendung finden.

Sehr wichtig sind die Bestimmungen des § 35 über die im Einzelfall vom Regierungspräsidenten bzw. für die Provinzialanstalten vom Oberpräsidenten zuzulassenden *Ausnahmen von der Einhaltung* bestimmter Vorschriften.

Danach können die genannten Behörden in besonderen Fällen von den sämtlichen Vorschriften des § 2 (Durchschnittsgröße des Bauplatzes, Entfernung der Fensterwände von anderen Gebäuden, Zuführung von unmittelbarem Himmelslicht zu den Krankenräumen, Anlage von rings durch Gebäude umschlossenen Höfen, Anlage der Treppen, Anlage einer Beobachtungsabteilung), ferner vom § 3 (Länge der Flure und Gänge und deren einseitige Bebauung), von dem § 4 (Höhe des Fußbodens im Erdgeschoß über der Erdoberfläche, Lage der Krankenzimmer nach Norden), von dem § 6 (Anlage und Größe der Fenster in Krankenzimmern, Fluren und Gängen usw.), vom § 7 (betr. Höchstzahl der Betten in einem Krankenraum), vom § 8 (Anlage eines Krankenerholungsplatzes), vom § 12 (besondere Anlage und Zahl der Aborträume sowie § 16 (Errichtung der Wirtschaftsgebäude großer Anstalten in einem besonderen Gebäude) Dispens erteilen.

Im Zusammenhang hiermit besagt aber der § 35 noch weiter, daß in besonders schwierig liegenden Einzelfällen der Minister für Volkswohlfahrt (also nicht der Regierungspräsident oder Oberpräsident) nach vorausgegangener Prüfung der Angelegenheit durch die lokalen und die obengenannten Verwaltungsbehörden noch weitere Abweichungen von den vorstehenden Bestimmungen zulassen kann, wenn dadurch eine besonders ins Gewicht fallende Kostenersparnis beim Bau einer Krankenanstalt zu erzielen ist und die beantragte Abweichung nicht erheblichen gesundheitlichen Bedenken begegnet.

In den Schlußparagraphen (§§ 36—37) ist schließlich noch gesagt, daß die Vorschriften bei Erweiterungs- und Umbauten entsprechende Anwendung finden, daß bei Umbauten von allen Vorschriften Dispens erteilt werden kann, und daß im übrigen für die Krankenanstalten die Vorschriften der geltenden Bauordnungen insoweit in Kraft bleiben, als sie nicht etwa durch die vorstehenden Bestimmungen verschärft werden.

Jetzt, bei der Rückkehr normaler Verhältnisse, beginnt in den Kreisen der Behörden und Krankenhausverwaltungen die Erörterung, ob es wirklich noch notwendig sei, diese Erleichterungen sämtlich in Geltung zu halten. In der Tat sind einige dieser Bestimmungen so weitgehend, daß sie für heutige Neubauten mit der Lebensdauer von Jahrzehnten unter Umständen hygienisch schlechter erträgliche Zustände schaffen oder begünstigen können. Es scheint deshalb zweckmäßig, die Frage für Neubauten in Fluß zu bringen und vielleicht Verordnungen zu erlassen, die zwischen denen des in Zeiten des Reichtums ergangenen Ministerialerlasses von 1913 und denen des Noterlasses von 1920 die richtige Mitte halten.

Die Errichtung neuer gemeinnütziger Krankenanstalten untersteht in Preußen der Genehmigung durch den Regierungspräsidenten, in den anderen deutschen Ländern der Genehmigung durch die entsprechenden Verwaltungsstellen.

Die *zweite* Form der Staatsaufsicht ist die ständige, durch den staatlichen Gesundheitsbeamten, in Preußen den Kreisarzt. Soweit Provinzen Träger von Anstalten sind (s. S. 10) unterstehen sie der Aufsicht des Oberpräsidenten und somit des ihm beigesellten Regierungs- und Medizinalrates. Die Kreisanstalten, einschließlich derjenigen der Städte, sollen regelmäßig vom Kreisarzt nach dessen Dienstanweisung besichtigt werden. Die Dienstanweisung des Kreisarztes enthält hierüber die genaueren Bestimmungen (s. Bd. I, S. 415).

Darüber hinaus sind dem Kreisarzt zur Feststellung der ersten Fälle von Seuchen noch besondere Obliegenheiten zugeteilt worden, über die im Seuchengesetz die folgenden Bestimmungen getroffen sind:

Nach § 3 des Reichsseuchengesetzes ist für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Nach § 7 ist dem beamteten Arzt, soweit er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittlungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch ist er berechtigt, den Untersuchungen und besonders der Leichenöffnung beizuwohnen. Nach § 14 ist die auf S. 6 genannte Zulässigkeit der Überführung in ein geeignetes Krankenhaus von dem Gutachten des beamteten Arztes abhängig gemacht.

Nach den Ausführungsbestimmungen zu § 6 des preußischen Seuchengesetzes hat der beamtete Arzt in jedem Falle, bevor er seine Ermittlungen vornimmt, wenn der Kranke sich in ärztlicher Behandlung befindet, den behandelnden Arzt von seiner Absicht, den Kranken aufzusuchen, so rechtzeitig in Kenntnis zu setzen, daß dieser sich spätestens gleichzeitig mit dem beamteten Arzt zur Stelle einfinden kann.

Zu diesen Bestimmungen bemerkt Kirchner in seinem bekannten Kommentar „Die gesetzlichen Grundlagen der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reich", daß, wenn dem beamteten Arzt der Zutritt verweigert wird, er die Polizeibehörde anzurufen hat, welche verpflichtet ist, ihm den Zutritt zu ermöglichen und die für diesen Fall im Gesetz festgelegten Strafbestimmungen eintreten zu lassen.

Nach § 9 kann der beamtete Arzt bei Gefahr im Verzuge schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen treffen.

Bei § 23 des Reichsgesetzes, der den Gemeinden die Verpflichtung auferlegt, schon in seuchenfreien Zeiten die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, zu denen Absonderungsabteilungen, Desinfektionseinrichtungen, Bereitstellung von Räumen, Personal, Medikamenten, Leichenräumen usw. gehört, fällt die Kontrolle dem beamteten Arzte zu.

Bei den rein kommunalen Anstalten oder denjenigen Anstalten, die ihnen gleichstehen, ergeben sich keinerlei Schwierigkeiten im Aufsichtsrecht des Kreisarztes. Anders liegt dies für staatliche Anstalten, die anderen Verwaltungen unterstellt sind als der Medizinalverwaltung. Für die Universitätskliniken hat sich das Unterrichtsministerium die baulichen Maßnahmen und die Aufsicht über den Betrieb vorbehalten. In letzterem Falle sind Konflikte zwischen den Leitern der Universitätskliniken und dem staatlichen Gesundheitsbeamten nicht durchweg ausgeschlossen. Hier ist ein Zusammenarbeiten dadurch gewährleistet, daß der zuständige Ministerialrat der Medizinalabteilung an den Besichtigungen der Universitätsanstalten durch das Kultusministerium grundsätzlich mitwirkt.

Die Heeresverwaltung hat sich, wie dies in den Zeiten vor dem Kriege ständiges Recht war, die Beaufsichtigung der von ihr geleiteten Militärlazarette durch ihre eigenen Sanitätsbeamten vorbehalten und dieses Recht ist auch unter der heutigen Verfassung für die Heeresleitung gültig geblieben. Hier sind einige Bedenken nicht ganz abzuweisen. Wir haben ein Söldnerheer, dem zu einem bestimmten Bruchteil die Heiratsmöglichkeit eingeräumt ist. Frauen, auch bei der Entbindung, und Kinder haben den Anspruch auf Anstaltsversorgung durch die Militärlazarette. Die Hebammen, die Wochenhilfe leisten, können von der Aufsicht durch den Kreisarzt nicht befreit werden. In gütlichem Einvernehmen der beteiligten Ministerien sind diese Zuständigkeitsfragen geordnet worden.

Die Versorgungslazarette für Kriegsbeschädigte, auch für solche, die heute als Heeresentlassene von den Ortskrankenkassen versorgt werden, unterstehen dem Reichsarbeitsministerium und haben voraussichtlich keine allzu lange Dauer mehr. Auch hier hat sich das Reichsarbeitsministerium die Aufsicht vorbehalten. Da es sich hier aber zum großen Teil um bürgerliche Kranke handelt, ist ein Abkommen getroffen worden, durch das den staatlichen Gesundheitsbeamten der Medizinalverwaltung eine Zusammenarbeit in der Aufsicht mit den Ärzten der Versorgungslazarette eingeräumt worden ist.

Die *öffentlichen Anstalten*, auch wenn sie nicht ausschließlich Zuschußanstalten sind, bedürfen keiner *Konzession* im Sinne der Gewerbeordnung, sondern nur der Genehmigung der Pläne durch die staatliche Aufsichtsbehörde.

Anders die *Privatanstalten*. Diese sind nach der Gewerbeordnung und ihren späteren Zusätzen konzessionspflichtig, und zwar lauten die hier angegebenen Bestimmungen:

Als Privatkrankenanstalten gelten die Unternehmungen von Privatpersonen, die gewerbsmäßig (d. h. auf Gewinn gerichtet) betrieben werden. Eine öffentliche Krankenanstalt ist selbst bei gewerbsmäßigem Betriebe nicht als Privatkrankenanstalt im Sinne des § 30 RGO. anzusehen.

Letztere bedürfen der staatlichen *Konzession* nach § 30 Abs. 1 und 2 RGO. Unternehmer von *Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten* bedürfen einer Konzession der höheren Verwaltungsbehörde.

Als *Unternehmer* gilt derjenige, in dessen Namen und für dessen Rechnung und Gefahr der Betrieb der Anstalt erfolgt, der die erforderlichen Bestimmungen hinsichtlich der Leitung und Verwaltung der Anstalt trifft. Der Unternehmer kann ein Arzt sein, braucht es aber nicht zu sein. Die Konzession wird nicht für die Anstalt, sondern dem Unternehmer für seine Person erteilt, der Nachfolger bedarf also einer neuen Konzession.

Nur bestimmten physischen Personen kann die Konzession zum Betrieb von Privatkranken- usw. Anstalten erteilt werden, nicht Personenvereinigungen als solchen, nichtjuristischen Personen usw.; evtl. würden diese bestimmte physische Personen als Unternehmer zu bezeichnen haben, für welche die Erteilung der Konzession zu beantragen wäre. (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts v. 16. 9. 1882, Bd. 9, S. 286ff. — KM. 21. 2. 1893 — M 7000 — MBliV. S. 128.)

Die Konzession gilt nur für den gegenwärtigen Inhaber und erlischt erst bei dessen Tode oder beim Verkauf der Anstalt, vgl. jedoch § 49 RGO. S. 102.

In Preußen ist zuständig der Bezirksausschuß — in Berlin der Polizeipräsident.

Über die Anträge auf Erteilung der Konzession zu Privatkranken-, Privatentbindungs- und Privatirrenanstalten (usw.) beschließt der Bezirksausschuß. Gegen den die Konzession versagenden Beschluß findet innerhalb zwei Wochen der Antrag auf mündliche Verhandlung im Verwaltungsstreitverfahren statt. Für die im Verwaltungsstreitverfahren zu treffenden Entscheidungen sind die von den Medizinalaufsichtsbehörden innerhalb ihrer gesetzlichen Zuständigkeit getroffenen allgemeinen Anordnungen über die gesundheitspolizeilichen Anforderungen, welche an die baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalten zu stellen sind, maßgebend.

Vor der Beschlußfassung über die Anträge auf Erteilung der Konzession zu Privat-Kranken-, -Entbindungs- und -Irrenanstalten ist durch gutachtliche Äußerung des zuständigen Medizinalbeamten festzustellen, ob die von dem Unternehmer eingereichten Beschreibungen, Pläne usw. den gesundheitspolizeilichen Anordnungen entsprechen. In die Konzessionsurkunde ist eine Bestimmung aufzunehmen, daß der Betriebsunternehmer verpflichtet ist, die von den zuständigen Medizinal-Aufsichtsbehörden über den Betrieb erlassenen Vorschriften zu befolgen (vgl. auch § 103 der Dienstanweisung für Kreisärzte).

Die Konzession ist nur dann zu versagen:

a) wenn Tatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt dartun;

b) wenn nach den von dem Unternehmer einzureichenden Beschreibungen und Plänen die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen[1]) nicht entsprechen;

c) wenn die Anstalt nur in einem Teile eines auch von anderen Personen bewohnten Gebäudes untergebracht werden soll und durch ihren Betrieb für die Mitbewohner dieses Gebäudes erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann;

d) wenn die Anstalt zur Aufnahme von Personen mit ansteckenden Krankheiten oder von Geisteskrankheiten bestimmt ist und durch ihre örtliche Lage für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke erhebliche Nachteile oder Gefahren hervorrufen kann.

Vor Erteilung der Konzession sind über die Fragen zu c) und d) die Ortspolizei- und die Gemeindebehörden zu hören[2]).

Über das *Erlöschen* von Genehmigungen bestimmt § 49 RGO.: Bei Erteilung der Genehmigung zur Anlegung von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irren-

[1]) Der Kreisarzt hat die ihm vorzulegenden Baupläne in hygienischer Hinsicht zu prüfen und sich darüber gutachtlich zu äußern, ob sie den Vorschriften über die an diese Anstalten zu stellenden gesundheitspolizeilichen Anforderungen entsprechen (§ 102 der Dienstanweisung für Kreisärzte).

[2]) Liegt keiner der oben unter a) bis d) bezeichneten Umstände vor, die die Versagung der Konzession rechtfertigen, so muß (auch ohne Rücksicht auf das etwa gar nicht vorhandene Bedürfnis) die Konzession von dem Bezirksausschuß erteilt werden.

anstalten kann von der genehmigenden Behörde den Umständen nach eine Frist festgesetzt werden, binnen welcher die Anlage oder das Unternehmen bei Vermeidung des Erlöschens der Genehmigung begonnen und ausgeführt und der Gewerbebetrieb angefangen werden muß. Ist eine solche Frist nicht bestimmt, so erlischt die erteilte Genehmigung, wenn der Inhaber nach Empfang derselben ein ganzes Jahr verstreichen läßt, ohne davon Gebrauch zu machen.

Eine Verlängerung der Frist kann von der Behörde bewilligt werden, sobald erhebliche Gründe nicht entgegenstehen.

Hat der Inhaber einer solchen Genehmigung seinen Gewerbebetrieb während eines Zeitraums von 3 Jahren eingestellt, ohne eine Fristung nachgesucht und erhalten zu haben, so erlischt dieselbe[1]).

Über die *Zurücknahme* der Konzession bestimmt § 53 Abs. 1 u. 2 RGO.: Die Genehmigungen können von der Verwaltungsbehörde nur dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargetan wird, auf Grund deren solche erteilt worden sind, oder wenn dem Inhaber die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind[2]), im letzteren Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrenverlustes, oder wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Erteilung der Genehmigung nach der Vorschrift der RGO. vorausgesetzt werden mußten[3]), klar erhellt. Inwiefern durch die Handlungen oder Unterlassungen eine Strafe verwirkt ist, bleibt der richterlichen Entscheidung vorbehalten.

Wegen der Zuständigkeit für die Zurücknahme entscheidet §§ 59, 62 der preuß. AA. zur RGO. v. 1. 5. 1904 (MBl. S. 241).

Die *Betriebseröffnung* muß der Ortspolizeibehörde angezeigt werden (§ 14 RGO.)[4]). Wer diese Anzeige unterläßt, wird bestraft (§ 148 Ziff. 3 RGO.).

Die *Fortsetzung des Betriebs* kann polizeilich verhindert werden, wenn ein Gewerbe, zu dessen Beginn eine besondere Genehmigung erforderlich ist, ohne diese Genehmigung begonnen wird (§ 15 Abs. 2 RGO.).

Nach § 147 Abs. 1 Ziff. 1 RGO. wird bestraft, wer den selbständigen Betrieb eines stehenden Gewerbes, zu dessen Beginn eine besondere polizeiliche Genehmigung (Konzession) erforderlich ist, ohne die vorschriftsmäßige Genehmigung unternimmt oder fortsetzt oder von den in der Genehmigung festgesetzten Bedingungen abweicht.

§ 151 RGO.: Sind bei der Ausübung des Gewerbes *polizeiliche Vorschriften* von Personen *übertreten* worden, welche der Gewerbetreibende (d. h. der Konzessionsinhaber) zur Leitung des Betriebes oder eines Teiles desselben oder zur Beaufsichtigung bestellt hatte[5]), so trifft die Strafe diese letzteren. Der Gewerbetreibende ist neben denselben strafbar, wenn die Übertretung mit seinem Vorwissen begangen ist oder wenn er bei der nach den Verhältnissen möglichen eigenen Beaufsichtigung des Betriebes oder bei der Auswahl oder der Beaufsichtigung der Betriebsleiter oder Aufsichtspersonen es an der erforderlichen Sorgfalt hat fehlen lassen. Ist an eine solche Übertretung der Verlust der Konzession geknüpft, so findet er auch als Folge der von dem Stellvertreter begangenen Übertretung statt, wenn diese mit Vorwissen des verfügungsfähigen Vertretenen begangen wurde. Ist dies nicht der Fall, so ist der Vertretene bei Verlust der Konzession verpflichtet, den Stellvertreter zu entlassen.

Die Prüfung ist Sache der zuständigen Polizeibehörde. Die Gemeinden werden vor Erteilung oder Ablehnung der Konzession gehört, aber nur über den sie interessierenden Gesichtspunkt, ob von der Anstalt Störungen der Umgebung zu befürchten seien, während die Gemeinden über hygienische und Personalfragen nicht gehört werden.

Eine besondere Aufgabe überträgt noch der Staat den Krankenhäusern, nämlich die Bearbeitung der Unterlagen für die vom Reich verfaßte *Statistik*

---

[1]) Außerdem erlischt die Genehmigung durch Verzicht, durch Tod des Konzessionsinhabers, durch Verkauf oder Verpachtung oder durch Verlegung der Anstaltsräume in ein anderes Gebäude.

[2]) Vgl. hierüber §§ 31—37 StGB.

[3]) Vgl. hierüber § 30 Abs. 1 u. 2 RGO. S. 101. Die Genehmigung kann hiernach auch zurückgenommen werden, wenn wesentliche Änderungen im *Betriebe* der Anstalt vorgenommen, z. B. konzessionswidrig Geisteskranke aufgenommen worden sind.

[4]) Vgl. hierzu Ziff. 7ff. Preuß. AA. zur RGO. v. 1. 5. 1904 (MBl. S. 232).

[5]) § 45 RGO. Der Stellvertreter bedarf zwar keiner Konzession, muß aber den besonderen, in § 30 Abs. 1a RGO. vorgeschriebenen Erfordernissen in bezug auf die persönliche Zuverlässigkeit genügen und darf nur, wenn dies der Fall ist, als solcher von der Ortspolizeibehörde, die darüber zu entscheiden hat, zugelassen werden.

des Krankenhauswesens. Für diese Statistik war bisher das Reichsgesundheitsamt zuständig, das die Ergebnisse in dessen „Arbeiten" regelmäßig veröffentlichte. Vom Jahre 1926 ab ging die Bearbeitung an das reichsstatistische Amt über. Der amtlichen Statistik ist ein sehr eingehender Fragebogen zugrunde gelegt, der nicht die Aufnahmediagnose, sondern die nach der Aufnahme auf Grund der Untersuchungen gestellte Diagnose zu berücksichtigen beansprucht.

Da ein großes Schreibwerk nie eine gern gesehene Aufgabe namentlich der jüngeren Ärzte war, und da die Führung genauer Registraturen und Krankengeschichten durchaus nicht immer auf derjenigen Höhe steht, die gerade für eine statistische Aufnahme erforderlich ist, so ist es ja bekannt, daß die Ausfüllung des amtlichen statistischen Fragebogens nicht zu den gern gesehenen Aufgaben der Krankenhausassistenten gehört und vielfach recht summarisch geschieht, daher mit vielen Fehlern behaftet ist. Nur die große Fülle des vorliegenden Materials und die Zusammenfassung der Ergebnisse in Hauptgruppen ermöglicht es, diese fehlerhaften Unterlagen wieder gutzumachen und dadurch Ergebnisse zu erzielen, die letzten Endes für das Studium der Krankeneingänge, des Krankheitsablaufs, der Schwankungen der Krankenhausbelegung in den einzelnen Jahren und für andere wichtige Fragen der Krankenhaushygiene und der Krankenhauspolitik grundlegend geworden sind.

Die Veröffentlichung dieser Statistik bringt zunächst die Zahl der öffentlichen und privaten Anstalten nach Ländern (in Preußen auch nach Provinzen) einzeln und insgesamt. Dann folgen die Tabellen über Bestand, Zugang und Abgang nach Geschlechtern, die Berechnung der Pflegetage in absoluten und relativen Zahlen auf den Krankheitsfall einschließlich der Universitätsanstalten. Weiter folgen die Tabellen über die Krankenbewegung nach *Krankheitsursachen*, nach Geschlechtern getrennt. Der Einteilung liegt das Krankheitsursachenschema der Reichsstatistik zugrunde, deren Hauptgruppen dann weiter untergeteilt sind. Die gleiche Statistik wird dann weiter für Irren-, Augen- und Entbindungsanstalten vorgenommen. Aus dieser Statistik kann man also leicht die Höhe der Hospitalisierung, ihr Anwachsen im Lauf der Jahre, die Höhe der Letalität, die Beteiligung der einzelnen Krankheitsformen und die Verminderung dieser Anteile entsprechend dem geänderten Anspruche an die Hospitalisierung erschließen. Auch die Unterschiede der Ansprüche an der Krankenhausversorgung in den einzelnen Gegenden Deutschlands werden ersichtlich. Vergleicht man weiter die Höhe der Zahlen bei meldungspflichtigen Infektionskrankheiten, die allerdings bekanntlich mit einer hohen, aber doch im Laufe der Jahre ziemlich gleichförmigen Fehlerquelle behaftet ist, mit der Höhe der Krankenhausaufnahmen, so werden auch Schlüsse über die Hospitalisierung der akuten Infektionskrankheiten möglich (vgl. Bd. V, S. 460 ff. u. Bd. VI, S. 57).

V. Einteilung der Krankenanstalten.

Die für die Einteilung der Krankenanstalten maßgebenden Gesichtspunkte der Trennung in *öffentliche* und *private* sind schon früher behandelt worden. Vom technischen Gesichtspunkt kommt aber noch eine ganze Anzahl anderer Einteilungsmerkmale in Betracht. Zunächst trennt man, und das kommt auch in den Vorschriften des Staates für Bau und Betrieb in Betracht, nach der *Größe* in drei Gruppen: die kleinen Krankenhäuser bis zu etwa 50 Betten, die mittleren Krankenhäuser bis zu 150 Betten, und die großen Krankenhäuser. Natürlich ist diese Einteilungsart für die Grundfrage der Heilung und Pflege rein schematisch und flüssig, aber an sich wird sie doch grundlegend für die verschiedenen Zwecke, Formen der Verwaltung, für Bedarfsansprüche und für die Forderungen an Bau und Betrieb.

Das *kleine öffentliche Krankenhaus* dient hauptsächlich den unentbehrlichsten Zwecken eines kleineren Bevölkerungskreises und ist daher überwiegend auf Verletzungen, Unfälle, dringende Operationen und dringende Absonderungsfälle eingestellt. Es kann auf geringe Ansprüche in Personal und Einrichtungen

eingestellt, kann in bezug auf Nebenräume, Tagesräume usw. knapp ausgestattet sein und wird am zweckmäßigsten in einem Einheitsbau von wenigen Geschossen untergebracht, zumal da für die Verwaltung nur ein oder wenige Zimmer erforderlich sind. Die Teilung in Abteilungen geschieht nach den Geschlechtern, nicht nach den Krankheitsformen. Es stehen gar keine Bedenken entgegen, die wenigen Fälle innerer Erkrankungen, die für eine derartige Anstalt in Frage kommen, zusammen mit chirurgischen Fällen in demselben Raum unterzubringen. Nur für die Absonderung ansteckender Kranker gelten die auf Seite 22 angeführten gesetzlichen Bestimmungen, aber die Absonderungsräume brauchen nicht in einem besonderen Gebäude zu liegen. Ansprüche an Pflege-, Arbeits- und Verwaltungspersonal sind gering, dementsprechend auch an Ärzten. Oft kann ein Arzt im Nebenamt den Betrieb ausüben.

Bei Anstalten über 25 Betten ist natürlich ein im Hause selbst wohnender Assistenzarzt nicht mehr zu entbehren. Bei diesen kleineren Anstalten kann die Assistenz von den Ärzten des Ortes ebenfalls nebenamtlich geübt und der leitende Arzt braucht bei den geringen Entfernungen nur im jedesmaligen Notfall herbeigerufen zu werden. Gerade für diese Krankenanstalten ist die Frage der Behandlung durch mehrere Ärzte nicht ohne weiteres abzulehnen. Es liegt im Interesse des Arztes wie des Kranken, daß, wofern der behandelnde Arzt auch der operativen Übernahme gewachsen ist, der Kranke auch während der Anstaltsbehandlung und Nachbehandlung in seiner Hand bleibt, und die Schwierigkeiten, daß mehrere Ärzte Raum und Einrichtungen der Anstalt benutzen, sind zwar oft lästig, schon wegen der verschiedenartigen Anordnungen an das Pflegepersonal, aber immerhin überwindbar.

Die *mittleren Anstalten* von 50—150 Betten beanspruchen unter allen Umständen viel weitergehende Einrichtungen. Hier ist eine Teilung in chirurgische und innere Abteilung nicht mehr zu entbehren. Deshalb ist ein Einheitsbau zwar vielfach noch möglich, aber an den oberen Grenzen kommt schon die Zerlegung in mehrere vielgeschossige Gebäude ernstlich in Frage und ist meist zweckmäßiger. Der leitende Arzt muß auch amtliche Stellung haben, Assistenten und Hilfsärzte müssen in der Anstalt wohnen; eigene Einrichtungen für Küche, Wäsche, Desinfektion müssen weiter angegliedert werden, ebenso entsprechend dem vermehrten Personal auch Wohnräume für Schwestern, Ärzte und Verwalter.

Die *großen Krankenhäuser* sind Einrichtungen stark besiedelter Gegenden. Sie können sich bis zu *Krankenstädten* auswachsen. Ihre obere Grenze war Jahre hindurch Gegenstand langer Erörterungen. Eine Zeitlang herrschte die Ansicht vor, daß aus betriebstechnischen wie aus wirtschaftlichen Gründen die günstigsten Verhältnisse für eine Anstalt mit einem Umfang von etwa 500 Betten beständen, während unterhalb und noch mehr erheblich oberhalb dieser Zahl die Übersichtlichkeit und vor allem die Wirtschaftlichkeit litten. Bei genauer Prüfung zeigt sich, daß die Schlußfolgerung sich überwiegend auf sehr summarische statistische Berechnungen an großen Haushalten gestützt hatte, daß diese Frage aber in beständigem Fluß und auch heute noch nicht spruchreif ist und sich unter Änderungen der Technik ganz verschieden beantworten läßt und daß ihre Lösung vielfach auch von örtlichen Besonderheiten durchaus abhängt. Der einzige nachweisbar größere Nachteil einer Riesenanstalt, wie sie doch nun einmal in großer Zahl in Weltstädten bestehen und gut wirken, wäre der, daß die Beförderung der Speisen von der nicht immer zentral liegenden Küche in entferntere Pavillons eine starke Abkühlung der Speisen herbeiführt. Dieser kleine Nachteil läßt sich durch neuere technische Einrichtungen fast völlig beseitigen und ist daher von untergeordneter Bedeutung. Das Nachwärmen

auf der Station freilich ist eine nicht vollkommen gute Lösung. Sehr große Anstalten haben, wenn sie zweckmäßig dezentralisieren und nur in wenigen grundlegenden Punkten zentral zusammengefaßt sind, natürlich den Nachteil einer schwereren Übersichtlichkeit, demgegenüber aber auch eine Reihe Vorteile, namentlich solche der Möglichkeit verschiedenster Fachabteilungen, der gegenseitigen Überweisung von Kranken in nahe gelegene zweckmäßige Hilfsstationen. Der Beweis, daß sie teurer wirtschaften als mittlere Anstalten, ist mindestens nicht überzeugend geführt und angesichts örtlicher und anderer Unterschiede auch kaum zu führen. Ob eine Großstadt eins oder mehrere Krankenhäuser über 1000 Betten betreibt, oder ob sie es vorzieht, beim Wachsen des Bedarfs lieber in einem anderen Stadtteil ein neues, mittelgroßes Krankenhaus zu errichten, hängt durchaus von ihren besonderen Verhältnissen ab. Wird der letztere Weg gewählt, so wird natürlich nun auch noch ein anderer Stadtteil bequemer versorgt. Es ist hierbei auch der Plan aufgetaucht, wenn das Verfahren einer größeren Zahl mittlerer Krankenhäuser gewählt wird, hierbei nach Krankheitsformen zu unterscheiden und dann die eine Anstalt als chirurgisch-gynäkologische, eine andere als Infektionsabteilung usw. zu bevorzugen. Diese Planwirtschaft klingt schön, ist aber in hohem Grade unpraktisch und kostspielig. Die Krankheiten richten sich nicht nach dem Schema der Wissenschaft und Verwaltung; auf der Infektionsabteilung gibt es beständig dringende chirurgische Fälle und auf dem Operiertensaal kommen immer akute Infektionen und Organerkrankungen vor. Es wäre eine ewige Verlegung von Kranken, oft durch den Durchmesser einer ganzen Großstadt, mit allen ihren gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen nötig. Im Riesenkrankenhaus vollzieht sich das mit denkbar geringster Mühe. Will man aber das System der zahlreichen mittleren Anstalten bevorzugen, so müssen sie weiter sämtlich mit all den kostspieligen Einrichtungen für Diagnose und Behandlung auch der schwierigsten Fälle und mit den hygienischen Einrichtungen, wie sie einmal die gesteigerte Lebensgefahr vieler Erkrankungen verlangt, versehen sein. Es müssen also viele Hilfsabteilungen, wie Badehaus, Röntgenabteilung, Apotheke, bakteriologisches Untersuchungsamt, mit ihren teuren Apparaten stets mehrfacher und zahlreicher beschafft werden, als dies bei einem großen Krankenhause erforderlich ist. Deshalb ist der Typus des großen Hauses mit mehr als 1000 Betten besonders in den Großstädten heute, nicht bloß in Deutschland sondern auch in Amerika, der bevorzugtere.

Für die *Krankenhausapotheken* sind die folgenden Bestimmungen erlassen worden:

Krankenhausapotheken.

Gegen die Konzessionierung von Krankenhausapotheken (Dispensieranstalten) sind Bedenken nicht zu erheben, wenn mit Rücksicht auf die Größe der Krankenanstalt oder wegen ihrer erheblichen Entfernung von einer öffentlichen Apotheke ein besonderes Bedürfnis dazu vorliegt. Die Krankenhausapotheke soll in der Regel durch einen approbierten Apotheker verwaltet werden. Arzneien dürfen nur an die in der Anstalt befindlichen Kranken und Pflegepersonen abgegeben werden (MJ. 25. 5. 1912 — M 6103 — MBl. S. 191).

Die *Apotheken-Betriebsordnung* v. 18. 2. 1902 bestimmt hierzu folgendes:

§ 49. Für eine Krankenhausapotheke genügt eine vorschriftsmäßig, entsprechend den örtlichen Verhältnissen eingerichtete Offizin mit einem Vorratsraume, in welchem auch kleinere Arbeiten vorgenommen werden können.

§ 50 Abs. 2 in der Fassung MV. v. 13. 3. 1925 — I M II 3243/24 — MBlV. 1925, S. 198: Für Krankenhausapotheken, in denen kein approbierter Apotheker tätig ist, sowie für ärztliche Hausapotheken müssen sämtliche Arzneien, soweit sie nicht selbst zubereitet werden, und sämtliche Arzneimittel aus einer am Orte befindlichen Apotheke oder jedenfalls aus einer der nächstbelegenen 10 Apotheken entnommen werden.

§ 51 Abs. 3. Die Genehmigung zur Einrichtung einer Krankenhausapotheke wird von dem Regierungspräsidenten auf Antrag nach Prüfung der Verhältnisse widerruflich erteilt. Die Entscheidung über die in einer Krankenhausapotheke vorrätig zu haltenden Arzneimittel ist dem Vorstande des Krankenhauses überlassen.

Eine zweite Art der Trennung ist die nach *Klassen*abteilungen. Sie besteht darin, daß außer den großen Abteilungen für die Mehrzahl der Überwiesenen noch besondere kleinere Abteilungen für zahlende Kranke der bessergestellten Bevölkerung errichtet und betrieben werden. Sie zeichnen sich vor den allgemeinen Abteilungen dadurch aus, daß sie aus kleineren Zimmern bestehen, die mit je einem oder höchstens zwei Betten belegt werden; daß die Ausstattung reichhaltiger ist und die Verpflegung der der vermögenderen Bevölkerung entspricht. Die Gründe zur Errichtung solcher Klassenabteilungen sind mehrfache. Einmal handelt es sich oft um Weiterführung einer eingebürgerten Einrichtung, die seit Jahrzehnten oder Jahrhunderten bestand. Dann besteht gerade jetzt auch für die bessergestellten Gesellschaftsschichten das erhöhte Bedürfnis nach Anstaltsbehandlung. Sehr vermögenden Kreisen dienen die sog. Privatsanatorien. Der Mittelstand, Lehrer und mittlere Beamte und Kaufleute, ist nicht in der Lage, für solche Anstalten und für die Kosten einer dort ausgeführten Operation die Mittel aufzubringen. Und doch bestehen in diesen Kreisen bei notwendig werdender Anstaltsbehandlung physiologisch begründete Ansprüche an Unterbringung in kleineren Räumen und an eine Ernährung, die nicht der der körperlich schwer arbeitenden Menschen, sondern des in überwiegend sitzender Tätigkeit beschäftigten Geistesarbeiters entspricht. Die Errichtung besonderer Klassenabteilungen, II. Klasse mit Ein- oder Zweibettenzimmern, in Verbindung mit allgemeinen Krankenhäusern, gestattet besser als in den Privatsanatorien die Mitbenutzung der Einrichtungen der großen Anstalt, nicht bloß der Heizung, Lüftungen, Wäscherei, sondern auch der hygienisch-diagnostischen, der Desinfektionsanstalt, Badeabteilung, bakteriologischen Untersuchungsanstalt, Röntgenabteilung. Der Aufenthalt ist also verhältnismäßig billiger und hygienisch besser. Dazu kommt, schon für gemeindliche, noch mehr für Stiftungsanstalten, die Geldfrage. Da selbstverständlich die Klassenkranken in den ersteren die Selbstkosten, in den anderen höhere Tarife zu zahlen haben, so bewirkt das für den Betrieb der Anstalt immerhin eine Entlastung, die bei beliebten Anstalten, namentlich solchen der Kirche, beträchtlich sein kann. Die Stellung der Ärzte in den verschiedenen Abteilungen ist verschieden geregelt. Manchmal werden Ärzte, namentlich Chirurgen, unter der Bedingung angestellt, daß sie keine Privatklinik betreiben dürfen, sondern die von ihnen beratenen Kranken der Klassenabteilung ihrer Anstalt zu überweisen haben, mit dem Rechte der Entgeltforderung nach freiem Ermessen. Ein andermal steht ihnen das gleiche Recht für alle Klassenkranken zu und dieses Recht bildet überhaupt einen Teil ihres Entgelts. Wieder in anderen städtischen Anstalten wurde der Hauptnachdruck darauf gelegt, daß die Gemeinden durch den Betrieb von Klassenabteilungen eine Pflicht gegenüber den Ansprüchen eines Teiles ihrer Bürger erfüllen, die dadurch gekennzeichnet seien, daß die erhöhten Kosten von den eine bessere Versorgung beanspruchenden Kranken voll getragen und darum in ihrer Höhe vorher bekannt sein müssen. Darum wurde ein Teil des Tagessatzes für die Entgeltung ärztlicher Behandlung ein für allemal bestimmt. Dieser Grund ist natürlich nicht ganz zwingend, denn die Belastung hängt weniger vom Tagessatz als von der Dauer des Aufenthaltes resp. von der Art der Erkrankung ab. Mitbestimmend war daher mehr der Grund, daß den Ärzten nicht ein größeres materielles Interesse an der Behandlung von Klassenkranken unterstellt werden solle.

Nicht nur im Parteiprogramm mehrerer politischer Parteien, sondern auch in der Verwaltung vieler Gemeinden besteht eine grundsätzliche Einstellung gegen besondere Klassenabteilungen. Sie vertreten den Standpunkt vollkommen gleichartiger Behandlung aller in der Anstalt Aufgenommenen. Und selbst-

verständlich darf auch dort, wo Klassenabteilungen bestehen, in der Krankenhaushygiene, der ärztlichen Versorgung und Pflege kein Unterschied geduldet werden. Die unterschiedlichen Ansprüche aus physiologischen Gründen sind anzuerkennen, sie bestehen gelegentlich auch bei den Selbstzahlern der III. Klasse und den auf Anderer Kosten Eingelieferten und sollen und können auch bei diesen in gut eingerichteten Anstalten tunlichst durch kleinere Absonderungszimmer und Sonderkost erfüllt werden. Deshalb sollte diese Frage nicht mit dem Schwergewicht des Grundsatzes belastet, sondern je nach den besonderen Bedürfnissen jeder Gegend und der wirtschaftlichen Lage der Anstalt und der Berücksichtigung bestehender Verhältnisse gelöst werden. Bedingung ist aber die Erfüllung der gesundheitlich begründeten Ansprüche auch der anderen Gruppen der Anstaltsinsassen. Und es muß zugegeben werden, daß neu errichtete moderne Anstalten auch höheren Ansprüchen genügen, so daß ein Bedürfnis nach Klassenabteilungen für sie nicht besteht. Im Kriege und noch mehr, als im Währungszerfall die in Betracht kommenden Kreise zahlungsunfähig wurden, hat es sich ja erwiesen, daß sie auch ohne Klassenabteilungen im Falle der Erkrankung auskamen.

Die dritte Form der Differenzierung ist diejenige nach *Fächern*.

Die Notwendigkeit, gewisse Gruppen von Erkrankungen aus dem allgemeinen Krankenhaus herauszunehmen, machte sich schon vor vielen Jahrzehnten geltend, und zwar waren zwei Gründe maßgebend: die Unzweckmäßigkeit der Unterbringung der Kranken gerade dieser Formen zusammen mit allen anderen Krankengruppen im allgemeinen Krankenhause, und die Notwendigkeit besonderer Betriebs- und Behandlungsarten. Die ersten beiden Gruppen, die herausgenommen wurden, waren diejenigen der Geisteskranken, der Erkrankungen an Epilepsie, Idiotie usw., die zweiten aus ganz anderen Gründen die Augenkranken. Für die erste Gruppe hat es sich als notwendig herausgestellt, die Trennung nicht für alle Erkrankungsformen strikt durchzuführen. Auf der einen Seite erkranken Patienten mit akuten und chronischen Organleiden zuweilen an delirösen Zuständen oder verfallen in Geistesstörungen und müssen während des Abschnittes ihrer Erkrankung unter besonderen Einrichtungen behandelt werden. Deshalb besitzen die meisten allgemeinen Krankenhäuser eine kleine Abteilung zur Unterbringung tobender, unruhiger oder geistesgestörter Erkrankter. Ferner erfordert der Schutz Geisteskranker zur Wahrung ihrer persönlichen Freiheit in zahlreichen Fällen eine Beobachtungsperiode, die auch dadurch notwendig wird, daß die zweckmäßigste Wahl der späteren Unterbringung genau erwogen wird, weil schließlich eine Reihe von akuten Geistesstörungen, namentlich solche alkoholischer Natur, durch die Absonderung und Bettruhe in wenigen Tagen beglichen, und weil unter einer angeblichen akuten Geistesstörung sich hin und wieder eine Apoplexie oder eine andere Erkrankung birgt. Auch diesen Zwecken dient für die meisten großstädtischen Anstalten eine kleine Übergangs- und Beobachtungsstation für Geisteskranke, die in Universitätskliniken schon aus Unterrichtszwecken erforderlich wird. Dieser Abteilung werden nach Beobachtung der gesetzlichen Vorschriften die Kranken zuerst zugeführt und werden erst von hier aus den meist außerhalb der Stadt liegenden, großen, abgetrennten Heilanstalten für Geisteskranke zugewiesen.

Eine andere Gruppe von Erkrankungen, die sehr bald abgesondert wurden, waren die Schwangeren. Auch hier spielten Forderungen des Unterrichts, namentlich der Ausbildung von Hebammen, mit. Die Errichtung von Hebammenschulen ist Aufgabe der Provinzen, und das Interesse, genügend Unterrichtsmaterial zu haben, veranlaßte die Errichtung eigener Hebammenlehranstalten, wobei ausdrücklich erwähnt werden muß, daß die großen Universitäts-Frauenkliniken

meistens auch als Hebammenlehranstalten anerkannt sind und ebenfalls das Unterrichtsrecht für solche besitzen. Die Gründe zur Errichtung eigener öffentlicher *Entbindungsanstalten* waren doppelte: erstens folgte aus den Wohlfahrtsgesetzen die Notwendigkeit, hilfsbedürftige Frauen, bei denen Entbindung und Wochenbett aus wirtschaftlicher Not in der Wohnung nicht vor sich gehen konnte, in öffentlichen Anstalten unterzubringen. Zweitens wurde es erforderlich, bei schwierigen und abnormen Entbindungen Einrichtungen zu schaffen, wo in eine gutgeleiteten Anstalt und durch besonders fachlich vorgebildetes Ärzte- und Hilfspersonal Entbindung und Wochenbett unter Sicherung des Lebens von Mutter und Kind vor sich gehen konnte. Das größte Bedürfnis besteht auf dem Lande und in gebirgigen, schwach bewohnten Gegenden. Der Magdeburger Frauenarzt Dr. Brennecke kämpft seit Jahrzehnten für die Errichtung kleiner Entbindungsheime in solchen Gegenden; aber sein gut begründeter Gedanke, der auch die Anerkennung von Sachverständigen fand, ist nur da und dort in sehr kleinem Umfang durchgeführt worden; jedoch ist selbst in den meisten Großstädten, trotzdem gerade für den Ausbau von Entbindungsanstalten sich die staatlichen Behörden seit langem kräftig einsetzen, das Erforderliche noch nicht in genügendem Umfange durchgeführt. Behelfsmäßig sind vielfach Krankenhäusern kleine geburtshilfliche Abteilungen, nicht immer mit vollkommen ausreichender Ausrüstung, angegliedert, in denen dringende Notfälle und plötzliche Fälle von Eintritt der Entbindungen auf der Straße Hilfe erreichen können.

Nun ist es gerade vom sozialhygienischen Standpunkt von größtem Interesse, daß auf diesem Gebiete die Entwicklung über die von der Öffentlichkeit anerkannten Richtlinien weit hinausgegangen ist. Die Entbindung, namentlich die erste, in einem gut geleiteten, gut eingerichteten öffentlichen Krankenhaus, das lediglich diesem Zweck auch in normalen Fällen dient, ist nicht nur ein weitgehender Schutz der Gesundheit von Mutter und Kind in den ersten Wochen, sondern auch so außerordentlich viel wohlfeiler als eine Entbindung in der eigenen Wohnung, und so viel einfacher für einen kleinen Haushalt, daß schon vor etwa zwei Jahrzehnten, als der Mittelstand noch in leidlichen wirtschaftlichen Verhältnissen sich befand, der Zudrang normaler Schwangerer nach den öffentlichen modernen Entbindungsanstalten außerordentlich stark anwuchs. Diese soziale Indikation übertraf bald weit die armenrechtliche und gesundheitliche. Es ist so weit gekommen, daß ein außerordentlich hoher Prozentsatz aller ersten Entbindungen nicht mehr in der Behausung, sondern in der Anstalt stattfindet, und natürlich wuchs während des Währungsverfalls diese Zahl noch weiter ganz außerordentlich. Trotz der starken Geburtenabnahme befindet sich also die Frequenz der öffentlichen Entbindungsanstalten in einer steten starken Zunahme.

Die zahlreichen, von Hebammen oder Fachärzten geleiteten kleinen Entbindungsanstalten, welche entweder für zahlungsfähige Patienten dem gleichen Bedürfnis entsprechen oder, wie so häufig, die Möglichkeit einer geheimen Entbindung gewährleisten sollen, brauchen an dieser Stelle, weil sie privaten Bedürfnissen und nicht gesellschaftlichen genügen, nicht besprochen zu werden. Ausdrücklich soll noch betont werden, daß die normale Entbindung nicht als Krankheit im Sinne des Wohlfahrts-Versorgungsgesetzes gilt. Die Unterbringung schwangerer obdachloser Frauen gehört zwar zur Pflicht der Gemeinden (vgl. S. 5), und die Gemeinden können, falls das Unterstützungsrecht noch nicht erworben ist, die Auslagen für das Obdach von den zahlungspflichtigen Gemeinden einziehen, nicht aber die höheren, auf Abkommen beruhenden Gebühren für Hilfeleistung an Erkrankten. — Die Entbindungsanstalten dienen vielfach

über ihren eigenen Zweck hinaus noch weiteren sozialen Aufgaben, die sich unwillkürlich angegliedert haben. Erstens bedürfen sehr häufig obdachlose oder stellungslose uneheliche Schwangere in den letzten Monaten verminderter Arbeitsfähigkeit der Unterbringung. Sie werden vielfach als sogenannte Hausschwangere schon Wochen und Monate vor der Entbindung aufgenommen und häufig zu leichten Hausarbeiten herangezogen. In Lehranstalten kommen sie natürlich auch für Untersuchungszwecke in Frage. Dann aber ist es bekanntlich einer unserer ernstesten sozialen Notstände, daß uneheliche junge Mütter schon sehr früh nach der Entbindung wieder nach Erwerb suchen und sich von ihrem Kinde trennen müssen. Der gesunde Gedanke des Säuglings- und Mütterheims, in dem ein Teil der Mütter noch etwas längere Zeit zusammen mit dem Kinde wenigstens nachts Obdach findet und wenigstens einige Male dem Kinde die Brust geben kann, ist auch auf einige öffentliche Entbindungsanstalten übertragen worden. Ihnen werden daher kleinere Säuglingsheime angegliedert, in denen entweder durch Säuglingspflegerinnen das Kind getrennt von der Mutter für die ersten schweren Wochen des Lebens verpflegt wird, so daß es noch nicht in häusliche Pflege gegeben zu werden braucht, oder in denen mindestens ein Teil der Mütter bis zur Behebung schlimmster wirtschaftlicher Not und zum Wiedergewinn voller Arbeitskraft noch Obdach findet. Zuweilen arbeiten Entbindungsanstalt und das von ihr räumlich getrennte Säuglingsheim in einer Art Zweckverband in dieser Richtung zusammen.

Eine weitere große Gruppe von Anstalten, die vom allgemeinen Krankenhaus losgelöst wurden, sind die *Tuberkulosekrankenhäuser*. Nachdem Brehmer und Dettweiler den Kampf für die Heilbarkeit der Lungenschwindsucht in geeignetem Klima und in der geeigneten Anstalt siegreich durchgefochten haben und nachdem eine Anzahl solcher Heilstätten für zahlungsfähige Kranke entstanden waren, waren es Leyden und B. Fränkel in Berlin, die die Übertragung dieses Gedankens auf die Volksheilstätten in Fluß brachten. Die Frage der Lungenheilstätten und Tuberkulosekrankenhäuser ist in dem Abschnitt über Tuberkulose in Band III S. 252 ff. ausführlich dargestellt worden. Hier bedarf es dagegen der Betonung der Tatsache, daß durch Jahrhunderte die Belastung der allgemeinen Krankenhäuser mit der großen Zahl Tuberkulöser, die dort ungewöhnlich lange verweilen mußten, für diese Anstalten außerordentlich drückend war und darüber hinaus durchaus nicht sehr nützlich für die dahinsiechenden Schwindsüchtigen, um die sich nicht einmal in dem Maße, wie es ihr Leiden erfordert hätte, das Ärzte- und Pflegepersonal kümmern konnte und für die die besonders angebrachten Einrichtungen nicht stets vorhanden waren. Schon seit Jahrzehnten wurde dieser Zustand beklagt, und schon vor 80 Jahren hatte Virchow die Entlastung der allgemeinen Krankenhäuser von den Schwindsüchtigen im beiderseitigen Interesse gefordert. Erst der neueste Typus des Tuberkulosekrankenhauses, den Ernst Neisser in Stettin zuerst begründete und den später Charlottenburg in seinem Waldhaus in Sommerfeld zuerst in die Tat umsetzte, bis kurz nach dem Kriege Stettin mit seiner Anstalt Hohenkrug nachfolgte, hat zu neuen Formen besonderer Tuberkulosekrankenhäuser geführt, die das Problem lösten[1]). Das Tuberkulosekrankenhaus, außerhalb der Stadt, aber in erreichbarer Nähe im Walde, nicht als Heilstätte, sondern als Krankenhaus errichtet, nimmt alle Stadien und Formen der Tuberkulose auf, ist weder Lungenheilstätte noch auch, wie die Invalidenhäuser, Asyl und Sterbestätte für fortgeschrittene und hoffnungslos Erkrankte. Es steht in engster Beziehung, in Stettin und Breslau sogar in Personalverbindung mit der Lungenfürsorgestelle

[1]) Vgl. Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen 1926, Heft 9 u. 11.

und mit dem allgemeinen Krankenhaus der Gemeinde. Armenärzte und praktische Ärzte der Stadt überweisen ihre Kranken zunächst ins allgemeine Krankenhaus, wo sie nur kurze Zeit verbleiben, solange sie fiebern, und nur gelegentlich längere Fristen, wenn eine Komplikation, wie Pleuritis, Grippe usw., die Überführung ins Tuberkulosekrankenhaus unmöglich macht. Von da werden sie nach Grundsätzen, die zwischen den Leitern beider Anstalten vereinbart sind, um zu verhüten, daß transportunfähige oder sterbende Kranke überführt werden, weiter verlegt und erfahren in einer der Tuberkulose angepaßten Behandlung und Verpflegungsform nunmehr ihre Kur, wobei die Möglichkeit der modernen chirurgischen Behandlungsmethode der Tuberkulose ebenfalls gegeben ist.

Was vom Standpunkt dieses Aufsatzes besonders hervorzuheben ist, ist die Wirkung auf die *Krankenhauspolitik*. Das allgemeine Krankenhaus wird tatsächlich in weitem Umfange von der Belastung durch schlecht versorgte Schwindsüchtige befreit. Wenn früher ein Drittel und mehr der Insassen der inneren Abteilung aus Schwindsüchtigen bestand, die bei aller Vorsicht eine große Ansteckungsgefahr für die anderen Kranken bildeten und die keineswegs immer auch nur annähernd genügend abgesondert werden konnten, die zudem durchschnittlich über 50 Tage in der Anstalt weilen mußten und dadurch die Ausnutzung der Betten erschwerten, genügen jetzt kleine Abteilungen in den Absonderungsgebäuden der allgemeinen Krankenhäuser, um dem vorhandenen Bedürfnis Rechnung zu tragen.

Die Unterbringung *Verkrüppelter* in besonderen Krankenanstalten ergab sich aus der Entwicklung der modernen Krüppelfürsorge, die Heime erforderte, in denen zugleich chirurgisch-orthopädische Behandlung, Schulausbildung und Berufserziehung zusammengefaßt war und in denen die verkrüppelten Kinder jahrelang, zuweilen jahrzehntelang untergebracht werden müssen. Daß hier ein ganz besonderer Krankenhaustyp, losgelöst von dem des allgemeinen Krankenhauses, erforderlich wird, ergibt sich aus den genannten vielseitigen Aufgaben. Das preußische Krüppelfürsorgegesetz hat zudem die Heimbehandlung der Krüppel gesetzlich festgelegt. Die nähere Schilderung erfolgte in Band IV, Seite 614.

Eine letzte Gruppe betrifft die *Kinderkrankenhäuser*. Die Unterbringung von Kindern ist nur zum Teil eine ärztliche, zum Teil, namentlich bei Säuglingen, auch eine soziale Aufgabe. In der geschlossenen Krankenpflege unterscheiden wir Kinderkrankenhäuser und Kinderheime. Die letzteren sind zur Unterbringung hilfsbedürftiger Kinder von normaler Gesundheit bestimmt. Hilfsbedürftig ist der Säugling und das Kleinkind bei Mangel nicht nur an Mitteln, sondern auch an Pflege. Auch in den Kinderheimen ist bei der Widerstandslosigkeit der jüngsten Kinder Ernährungsstörung und Krankheit, einschließlich eingeschleppter Infektion, nicht selten, also auch sie müssen in ärztlicher und pflegerischer Versorgung in starkem Maße die Möglichkeit der Behandlung Kranker haben. Die staatliche Prüfungsordnung für Säuglingspflegerinnen schreibt auch vor, daß diese Pflegerinnen, deren Aufgabe ja die Fürsorge für den gesunden Säugling ist, ihre Ausbildung sowohl im Heim wie im Krankenhaus erfahren müssen. Fordert schon das Säuglingsheim in bezug auf Pflegepersonal, Einrichtungen, Betrieb, Ernährung Besonderheiten, die dem eigentlichen Krankenhausbetrieb nahekommen, so gilt das in noch höherem Grade für das Säuglingskrankenhaus. Im großen allgemeinen Krankenhaus pflegt eine besondere Abteilung für kranke Säuglinge und Kleinkinder mit angepaßten Einrichtungen zu bestehen, die in erster Linie für Stoffwechselerkrankungen dieses Lebensalters und die sonstigen charakteristischen Organerkrankungen bestimmt ist. Dagegen werden Kinder mit akuten Infektionen und

akuten oder chronischen chirurgischen Erkrankungen den betreffenden Abteilungen einverleibt, in denen die für Kinder bestimmte Bettenzahl oft größer ist als im eigentlichen sog. Kinderpavillon. Erst in der neuesten Zeit beginnt aus mehrfachen Gründen gegen dieses Verfahren sich Widerstand zu erheben. Die Universitäts-Kinderkliniken, wenigstens in kleineren Universitäten, aber auch in größeren Städten, wie nach dem Vorgehen von Heubner in Leipzig, pflegen schon jetzt ihren Aufnahmekreis lediglich durch das Alter, nicht durch die Krankheitsform bestimmen zu lassen und auch chirurgisch erkrankte und infektionskranke Kinder einzubeziehen. Schlossmann hat erst jüngst zutreffend und nachdrücklich die Angelegenheit vom Standpunkt der Kinderheilkunde behandelt und gefordert, daß die Trennung in Krankenabteilungen für Kinder und Erwachsene nur nach den Gesichtspunkten des Lebensalters, nicht der Krankheitsform sich vollzieht. Der Gutachterausschuß für das gesamte Krankenhauswesen hat später (Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen 1926, Nr. 10) unter ausführlicher Zusammenstellung der Gesichtspunkte in gleicher Richtung Stellung genommen. Auch städtische Krankenhausdezernenten erkennen immer mehr die Wichtigkeit des Gesichtspunktes, daß es ja gerade das Lebensalter ist, welches auch wegen der seelischen und erziehlichen Beeinflussung und wegen der Möglichkeit sittlicher Gefährdung der auf Erwachsenenstationen liegenden Kinder die besonderen Eigenarten des Betriebes und der Einrichtung eines Kinderkrankenhauses bestimmt, und wenigstens gedanklich setzt sich augenblicklich die Überzeugung durch, daß sämtliche kranken Kinder im Kinderkrankenhaus, losgelöst von der allgemeinen Abteilung, in eigenen Stationen zusammengefaßt werden müssen. Hierbei hängt es natürlich durchaus von den örtlichen Verhältnissen ab, ob überhaupt eine Abteilung als solche genügt oder nicht. In letzterem Falle gilt es heute für besser, eigene Kinderkrankenhäuser zu errichten, die in Leitung und den Sondereinrichtungen selbständig sind, die sonst aber zweckmäßig zur Mitbenutzung einer Reihe von Installationseinrichtungen und zur bequemeren Überweisung in einen nahen Zusammenhang mit den allgemeinen Krankenhäusern gebracht werden.

Für alle anderen Fachgebiete der Medizin dagegen erweist es sich als zweckmäßiger, sie in Verbindung mit dem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus zu lassen. Die Frage, wie weit man in der Zerlegung in einzelne Fachabteilungen gehen soll, hängt wiederum ausschließlich oder überwiegend von der Bedarfsgröße der Anstalt und der Größe ihres Wirkungskreises ab. Die Frage selbst ist schon bei der Besprechung der Zweckmäßigkeit von Riesenkrankenhäusern erörtert worden und kann eigentlich nur für solche bis in die letzten Folgen gelöst werden. In mittleren Anstalten ist es ja unmöglich, die operative Frauenheilkunde oder die einer Operation bedürftigen Ohrenerkrankungen oder die Urologie von der Chirurgie, die chronischen Nervenfälle von der inneren Medizin abzutrennen oder gar zu deren Behandlung besondere Fachärzte einzustellen. Hier wird es genügen, wenn aus Gründen der Absonderung, der Behandlung und der Ästhetik wenigstens die Erkrankungen an Haut- und Geschlechtskrankheiten in besonderen Abteilungen untergebracht werden. Aber in den größeren Krankenhäusern liegt es im Interesse der Kranken, möglichst viel Fachabteilungen unter der Leitung besonders vorgebildeter Ärzte zu errichten. Die Zweckmäßigkeit eines solchen Vorgehens erhellt am deutlichsten an dem Beispiel der Errichtung besonderer *zahnärztlicher Abteilungen*. Schon lange hatten Hamburg, Essen und einige andere Städte diese Einrichtung. Neuerdings ist Berlin im Rudolf-Virchow-Krankenhaus nachgefolgt. Die Mehrzahl der anderen großen Krankenhäuser begnügt sich damit, einen Zahnarzt zur ambulatorischen Behandlung etwa vorkommender Fälle durch Vertrag zu

mehrmaligen Besuchen in der Woche zu verpflichten. Die gleiche Einrichtung besteht in diesen Anstalten auch für Erkrankungen der Augen, des Kehlkopfes, der Nase und Ohren und gelegentlich sogar für Nervenerkrankungen. Eine solche Einrichtung genügt meist nicht.

Es gibt drei Gründe zur Behandlung von *Zahnerkrankungen* im öffentlichen Krankenhaus:

Erstens ist der Zahnarzt der Helfer des Chirurgen bei plastischen Gesichtsoperationen und zur sog. Sanierung des Gebisses bei Magenerkrankungen, bei denen ohne Behandlung der Zähne vielfach die Anordnungen gegenüber dem erkrankten Verdauungsapparat versagen.

Zweitens kommen in einem großen Krankenhaus immer in einem gewissen Prozentsatz bei bettlägerigen Kranken Zahnerkrankungen vor, die eine sofortige Behandlung erfordern.

Drittens aber, und gerade dies ist sozial wichtig, liegen auf den chirurgischen und inneren Stationen jederzeit eine Anzahl von Kranken mit behandlungsbedürftigen Gebissen, bei denen der langdauernde Krankenhausaufenthalt die beste Gelegenheit zur Behandlung gibt, die sonst selbst bei Zugehörigkeit zur Krankenkasse aus Erwerbsrücksichten unterblieben wäre.

Die preußische Medizinalabteilung hat in einem Erlaß vom 31. 10. 1921 (MBlV. S. 498) in folgender Form die zahnärztliche Versorgung in Krankenanstalten empfohlen:

Zahnärztliche Versorgung in den Krankenanstalten.

Es hat sich als ein Mangel herausgestellt, daß Patienten, die sich in Krankenanstalten befinden, zahnärztlich nicht immer genügend und rechtzeitig versorgt werden. Ist es schon eine Lücke in der Versorgung der Kranken, wenn eine selbständig auftretende erhebliche Zahnerkrankung nicht behandelt werden kann, so wird die Lage noch erschwert, falls der Erfolg der Allgemeinbehandlung von einer nebenhergehenden zahnärztlichen Behandlung abhängig ist, ganz besonders aber dann, wenn es sich dabei um bettlägerige Patienten — wie es recht häufig der Fall ist — handelt, die das Gebiet der Anstalt nicht verlassen können. Es wird daher großer Wert darauf gelegt, daß die zahnärztliche Versorgung der Krankenhausinsassen innerhalb der Räume des Krankenhauses ermöglicht wird. Die Errichtung einer selbständigen zahnärztlichen Station ist nur in den größeren allgemeinen Krankenhäusern möglich. Soweit diese Einrichtung nicht getroffen werden kann, sollte bei jedem Krankenhaus wenigstens dafür Sorge getragen werden, daß den Patienten bei Zahn- und Kiefererkrankungen fachmännische zahnärztliche Hilfe zur Verfügung steht. In einigen großen Städten, wie z. B. Hamburg und Essen, haben sich die bei den dortigen Krankenhäusern eingerichteten zahnärztlichen Stationen bereits seit Jahren gut bewährt und werden dort als eine unumgängliche Notwendigkeit bezeichnet (MV. 31. 10. 1921 — I M II 2215 — MBlV. S. 498).

Die gleichen Gesichtspunkte lassen sich ohne weiteres auf die Erkrankungen der Sinnesorgane und ähnlicher Fachgebiete übertragen. Der Hauptwert liegt hier in der Möglichkeit ständiger Überweisung unmittelbar von Abteilung zu Abteilung, und in der weiteren Möglichkeit der Beratung mit dem Fachmann, und zwar nicht nur von leitendem Arzt zu leitendem Arzt, sondern gerade auch durch Besprechungen zwischen den Assistenzärzten. Letzten Endes kommt es aber den Erkrankten und der Wiederherstellung voller Leistungsfähigkeit zugute.

VI. Die Stellung der Ärzte im Krankenhaus.

Wie schon aus dem Vorhergehenden ersichtlich, hängt die Stellung der Ärzte durchaus von der Größe und dem Wirkungsbereich der Anstalt ab, und die Frage der nebenamtlichen Tätigkeit an Krankenanstalten, der Mitbetätigung von Privatärzten in Städten etwa unter 10 000 Einwohnern, die Frage des Wohnens innerhalb oder außerhalb der Anstalt, alles mehr verwaltungsmäßige

als hygienische Probleme, sind schon besprochen worden. Auch ist hervorgehoben worden, daß an den ganz großen Anstalten die hauptamtliche Tätigkeit und die Mitwirkung zahlreichen Hilfspersonals unerläßlich sind. Aber auch in den mittleren und kleinen Krankenhäusern ist ein dirigierender Arzt mit voller Verantwortung unentbehrlich. Die Erfahrung hat gelehrt, daß die Zahl der ihm anzuvertrauenden Betten eine gewisse Höhe nicht überschreiten darf. Sie soll auf den inneren und gleichwertigen Stationen ohne überwiegende technische Beanspruchung etwa bei 150—200 Betten liegen. Bei chirurgischen, Augenstationen usw. soll sie tunlichst 150 Betten nicht überschreiten, in Lungenheilanstalten und Tuberkulosekrankenhäusern kann sie etwas höher sein, in Kinderkrankenhäusern ist die Zahl von 100 Betten für einen dirigierenden Arzt schon recht beträchtlich.

Der dirigierende Arzt ist für den Geist des rein ärztlichen Betriebes allein verantwortlich, aber darüber hinaus auch für alle hygienischen Fragen einschließlich der der Ernährung, überhaupt im weitesten Sinne hygienischer Forderungen und nicht nur in den rein medizinischen Fragen der Festsetzung der Kostformen für den einzelnen Erkrankungsfall. Aber über die Frage der Zuständigkeit als Leiter in rein hygienisch-medizinischen Fragen hinaus muß hier auch zu der Frage der Leitung der gesamten Anstalt Stellung genommen werden, die seit jeher häufig ein Streitpunkt zwischen Verwaltungsbeamten und Ärzten gewesen ist. Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß es in der Krankenhausverwaltung eine ganze Reihe von Fragen gibt, für die der reine Verwaltungsbeamte besser vorgebildet und zuständiger ist als selbst ein hygienisch geschulter, in Verwaltungsfragen verständnisvoller und erfahrener Arzt. Es kommt noch weiter in Betracht, daß mit einer Fülle von Verwaltungs- und Personalfragen der ärztliche Leiter auch im Interesse der Ausnutzung seiner Fähigkeiten nicht einmal behelligt werden sollte. Trotzdem hat es sich erfahrungsmäßig als zweckmäßig in großen allgemeinen Krankenhäusern und Irrenanstalten herausgestellt, daß an die Spitze der Verwaltung mit voller Verantwortung der genügend vorgebildete Arzt als Direktor eingestellt wird. Dieses Verfahren findet sich in vielen gemeindlichen großen Krankenhäusern. Natürlich ist der ärztliche Direktor genötigt, eine Reihe verwaltungsmäßiger Aufgaben dem ihm zur Seite stehenden Verwaltungsdirektor zu übertragen, eine Reihe anderer verantwortlicher Angelegenheiten müssen ihm aber selbst dann vorgetragen oder zur Unterschrift vorgelegt werden, auch ist es ein selbstverständliches Gebot, daß auf den Grenzgebieten eine gedeihliche Zusammenarbeit mit dem 1. Verwaltungsbeamten besteht.

Für Berlin ist auf Grund von Erfahrungen, die in Jahrzehnten bei der Verwaltung der Krankenhäuser gesammelt worden sind, durch eine am 12. August 1922 erlassene Dienstanweisung für die Direktionen der Krankenhäuser der Stadt Berlin eine andere Regelung durchgeführt. Die Dienstanweisung hat folgenden Wortlaut:

§ 1. Das Krankenhaus wird geleitet durch die Direktion, die aus dem Direktor der inneren Abteilung, dem Direktor der äußeren Abteilung und dem leitenden Verwaltungsbeamten besteht. Bei kleineren Anstalten wird sinngemäß verfahren.

In Abwesenheit oder bei Behinderung eines der beiden ärztlichen Direktoren geschieht die Vertretung in der Direktion durch einen dirigierenden Arzt; der leitende Verwaltungsbeamte wird durch den dienstältesten Verwaltungsbeamten des Krankenhauses vertreten.

Sämtliche Beamte und Angestellte des Krankenhauses sind der Direktion unterstellt. Die leitenden Ärzte der einzelnen Abteilungen und der leitende Verwaltungsbeamte sowie auch der Oberapotheker bleiben außerdem die direkten Vorgesetzten des Personals ihrer Abteilung. Vor dem Erlaß wichtiger Verfügungen durch die Direktion sind die zuständigen Abteilungsleiter gutachtlich zu hören.

Die ärztlichen Direktoren haben täglich mindestens 4 Stunden in der Anstalt anwesend zu sein.

§ 2. Die zuständige Deputation für das Gesundheitswesen (der Ausschuß für Krankenanstalten) ist die nächstvorgesetzte Dienststelle der Direktion.

§ 3. Sämtliche an das Krankenhaus gerichteten Schreiben sind zunächst dem leitenden Verwaltungsbeamten zur Durchsicht vorzulegen. Die Angelegenheiten, die das gesamte Krankenhaus betreffen, sind von der gesamten Direktion, die reinen Verwaltungsangelegenheiten von dem leitenden Verwaltungsbeamten allein zu erledigen, die ärztlichen Angelegenheiten und die der Apotheke sind durch die Direktion dem zuständigen Abteilungsleiter zur Bearbeitung vorzulegen.

Von allen wichtigen Fragen der Verwaltung sind die ärztlichen Direktoren vom Verwaltungsdirektor zu unterrichten.

§ 4. Der Dienstverkehr der Beamten und Angestellten geht durch die Direktion, bei den nicht zentralverwalteten Krankenanstalten außerdem durch das Bezirksamt. Ausgenommen sind kürzere rein ärztliche Auskünfte, die durch den zuständigen leitenden Arzt erledigt werden. Auch diese Schriftstücke müssen durch die Registratur gehen.

§ 5. Die Annahme und Entlassung des nach dem Tarifvertrage zu entlohnenden Dienst- und Wartepersonals liegt dem leitenden Verwaltungsbeamten ob. Die Annahme, Versetzung und Entlassung des Wartepersonals erfolgt im Einverständnis mit dem zuständigen Abteilungsleiter. Für das Pflegepersonal, soweit es nicht unter den Tarifvertrag fällt, gelten die erlassenen besonderen Bestimmungen.

§ 6. Mindestens allmonatlich findet unter dem Vorsitz des dienstältesten ärztlichen Mitgliedes der Direktion eine Besprechung über die das Krankenhaus betreffenden Angelegenheiten statt. An den Sitzungen haben die leitenden Ärzte und die Abteilungsleiter einschließlich des Oberapothekers teilzunehmen. Der Bezirksamtsdezernent ist berechtigt, an den Sitzungen der Direktion teilzunehmen und den Vorsitz zu führen. Über die Sitzung ist ein Protokoll zu führen und bei der nächsten Sitzung zur Vollziehung vorzulegen. Die Protokolle sind zu sammeln.

§ 7. Die Direktion ist für die Einhaltung des Haushaltplanes verantwortlich.

Für die innerhalb des Haushaltplanes erforderlichen Neuanschaffungen von medizinischen Apparaten und Instrumenten, die den Betrag von 5000 RM. überschreiten, ist die Genehmigung des Ausschusses einzuholen.

Sämtliche in den Anstalten erforderlichen Arbeiten und Instandsetzungen sind nach Möglichkeit durch Anstaltspersonal auszuführen.

§ 8. Abänderungen und Ergänzungen dieser Dienstanweisung bleiben vorbehalten.

In einer Reihe anderer größerer Anstalten herrscht ein gemischtes System, namentlich an größeren Universitätskliniken. Hier ist den einzelnen Abteilungsleitern, meist Universitätsprofessoren, die auch klinischen Unterricht abhalten, ein Verwaltungsdirektor als höherer Beamter zur Seite gestellt oder sogar in vollkommen selbständiger Stellung gewissermaßen übergeordnet, doch ist man vielfach, so in Düsseldorf, Frankfurt a. M. und Breslau, dazu übergegangen, diese Stellung nicht mit einem Verwaltungsbeamten im engeren Sinne, sondern mit einem verwaltungsmäßig vorgebildeten Mediziner zu besetzen. An der Charité in Berlin ist sogar die Stelle zwischen einem Juristen und einem Arzt geteilt.

Vielfach ist die Frage erörtert worden, ob man dem dirigierenden Arzt einer Abteilung im Hauptamte vorschreiben solle, seine volle Zeit ausschließlich der Anstalt zu widmen, oder ob man ihm darüber hinaus noch konsultative Praxis gestatten sollte. Die erste Forderung klingt theoretisch sehr einleuchtend, ist aber sachlich aus folgenden Gründen unzutreffend. Die volle Kraft des leitenden Arztes, dessen Wahl ja aus der Reihe einer Anzahl hervorragend vorgebildeter Bewerber erfolgt, muß natürlich seiner Abteilung zur Verfügung stehen. Damit ist aber nicht seine ganze Zeit erschöpft, denn gerade seine besondere Befähigung zeigt sich doch auch darin, daß er in verhältnismäßig kürzerer Zeit das für Abteilung und einzelne Kranke Erforderliche übersieht und daß er für untergeordnetere und vorbereitende Tätigkeiten die ihm zur Seite stehenden Hilfsärzte heranzuziehen berechtigt ist. Wollte man dem dirigierenden Arzt die volle Einhaltung des Achtstundentages auflegen, so zwänge man ihn geradezu

zu untergeordneter Kleinarbeit und zu verflachender Routine. Dazu kommt, daß er vermöge seiner Erfahrungen auch den Ärzten und der Bevölkerung seines Wohnsitzes als Berater in schweren Fällen zur Verfügung stehen, daß er Zeit haben soll, junge Ärzte auszubilden, und zwar sowohl seine Assistenten als andere Schüler, daß er an der Fortbildung der Ärzte der Stadt mitzuwirken und die Nutzbarmachung der Erfahrungen in seiner Abteilung für Wissenschaft und Praxis anzuregen und auszugestalten hat. In der Tat ist auch selbst in den letzten Jahren niemals versucht worden, das Recht des dirigierenden Arztes auf konsultative Praxis aufzuheben und ihn zur ausschließlichen Beschränkung auf seine Abteilungstätigkeit zu nötigen.

Eine der wichtigsten, aber auch schwierigsten Aufgaben des leitenden Arztes ist der Kampf gegen die *Übertragung von Ansteckungen in der Anstalt* selbst, eine Gefahr, die trotz aller Fortschritte der hygienischen Technik auch heute noch sehr groß ist. In den Infektionsabteilungen selbst läßt sie sich allenfalls noch am ehesten durch Quarantäne, Zutrittsverbot aller nicht in die Abteilung gehörigen Personen, strenge Vorschriften für die Behandlung der aus den Krankenabteilungen nach außen gelangenden Gegenstände, Wäsche, Speisereste usw. beherrschen. Schlimmer aber steht es um die anderen Abteilungen, namentlich die Kinderabteilungen, wenn eine latente oder verkannte infektiöse Erkrankung, wie Masern oder gelegentlich auch Pocken in der Inkubation in eine allgemeine Abteilung verlegt wird, wenn krankheitsübertragende Personen als Besucher die Infektion einschleppen, wenn trotz aller strengen Vorschriften ungeschultes Personal von einer Station zur anderen Krankheitskeime überträgt. Hier helfen außer strenger Überwachung, Einschränkung oder gelegentlich gänzlichem Verbot von Besuchen stete Überwachung der gegebenen Vorschriften, strenge Erziehung des Personals einschließlich junger Schwestern und Ärzte und eine genaue wahrheitsgetreue Meldepflicht aller in der Anstalt selbst eintretenden Übertragungen.

Dem leitenden Arzt müssen Assistenten zur Seite stehen, die in seinem Auftrage die Fülle der Untersuchungen, Nachbehandlungen, Verbände usw. übernehmen, auf chirurgischen Abteilungen auch imstande sind, die alltäglichen Operationen ohne besondere Schwierigkeiten selbständig zu erledigen und den Stationsdienst durchzuführen. Die Zahl der Betten, die auf einen Assistenzarzt fallen, wird vielfach auf 50 angegeben; sie hängt natürlich von der Größe der Abteilung und von der Art und Beschaffenheit des Krankenzustandes der ihm Überwiesenen ab. Es muß doch aber betont werden, daß im allgemeinen selbst auf inneren Stationen bei der Kompliziertheit der modernen Diagnose schon die Zahl von 40 Betten eine recht hohe und ohne weitere Hilfe sogar zu groß ist. Es könnte durch Überlastung dann manche zeitraubende Untersuchung namentlich auf dem Gebiete der Diagnostik, Prognostik und Therapie unterbleiben müssen, die im Interesse der Genesung schwer zu entbehren ist. Die Assistenten, soweit sie Stationsärzte sind, müssen schon durchgebildet sein; ihre Stelle ist nicht mehr die eines lediglich zur eigenen Ausbildung im Krankenhause tätigen Mediziners, sondern sie stellen einen wichtigen Bestandteil der ärztlichen Anstaltsversorgung dar. Sie müssen in der Anstalt wohnen, jederzeit zu erreichen sein und im allgemeinen unter dem Verbot eigener Praxis stehen. Dagegen sind die Hilfsärzte und noch mehr die Medizinalpraktikanten und die während der Ferien famulierenden Medizinstudierenden der höheren Semester noch nicht als voll ausgebildete Krankenhausärzte anzusehen, sondern als solche, die zwar im Auftrag wichtige und nützliche Arbeit leisten, von denen aber die beiden letzten Gruppen diese nur unter Verantwortung ihrer ärztlichen Vorgesetzten auszuführen haben. Immerhin darf nicht vergessen werden, daß auch den Medizinal-

praktikanten bestimmte Aufgaben zugeteilt sind, auf die nicht verzichtet werden darf, daß demnach eine gewisse moralische Verpflichtung der Gemeinde besteht, ihnen ihre schwierige wirtschaftliche Lage nach einem langjährigen Studium möglichst zu erleichtern. Das tun bisher nur wenige Städte, und doch ist es so leicht, in einer größeren Anstalt für die geringe Zahl der Praktikanten Obdach zu schaffen; ihre Verpflegung wirkt sich im Haushalt des Krankenhauses überhaupt nicht aus, sondern die hierfür entstehenden Ausgaben liegen vollkommen innerhalb der Fehlerquellen.

Für die Annahme und Einstellung von Medizinalpraktikanten sind seitens der Krankenanstalten eine Reihe von Voraussetzungen zu erfüllen, deren die Prüfungsordnung gedenkt. Das Verzeichnis der zur Annahme von Medizinalpraktikanten zugelassenen Krankenanstalten wird alljährlich in den amtlichen Veröffentlichungen mitgeteilt.

Nicht so geordnet ist die Stellung der *leitenden Ärzte* in den Stiftungsanstalten, namentlich in denjenigen religiöser Körperschaften; hier beansprucht die Trägerin der Anstalt auch in einer Reihe wichtiger Verwaltungsfragen die alleinige Zuständigkeit und die Möglichkeit eines Wechsels der leitenden Ärzte bei etwaigen Meinungsverschiedenheiten, die infolge der gleichzeitigen Betonung kirchlicher und gesundheitlich humanitärer Ziele leichter eintreten können als in weltlichen Anstalten. Während in letzteren der Arzt entweder auf eine längere Zeit von Jahren eingestellt ist oder nach längerer Probezeit lebenslänglich, zuweilen sogar im beamteten Verhältnis, bestreben sich diese kirchlichen Anstalten, die Vertragsbedingungen lockerer zu halten. Es hat zu jahrelangen Kämpfen der ärztlichen Organisationen mit den kirchlichen Verbänden geführt, und schließlich kam unter Mitwirkung der preußischen Medizinalabteilung eine Einigung zustande, der die folgenden Richtlinien zugrunde gelegt sind:

Erlasse des Ministers für Volkswohlfahrt v. 30. 4. 1924 — I M V 3552/23 — und 23. 5. 1924 — I M II 1229 (MBlV. 1924 S. 195 und 236):

Die beteiligten Verbände der Ärzte und Krankenanstalten haben sich auf die nachstehenden Leitsätze über die Stellung der leitenden Krankenhausärzte geeinigt. Ich ersuche, auch behördlicherseits dahin wirken zu wollen, daß die Leitsätze in Geltung treten.

Leitsätze über die Stellung der leitenden Krankenhausärzte.

1. Der leitende Arzt wird durch schriftlichen Vertrag auf mindestens 5 Jahre angestellt. Während dieser Zeit darf eine Auflösung und nach Ablauf derselben eine Nichterneuerung des Vertragsverhältnisses nur aus wichtigen Gründen erfolgen. Ob solche Gründe vorliegen, entscheidet bei Meinungsverschiedenheiten ein zu vereinbarendes Schiedsgericht unter Ausschluß des öffentlichen Rechtsweges. Als wichtiger Grund gilt auch die Einstellung des Krankenhausbetriebes oder die wesentliche Einschränkung desselben.

In Krankenanstalten der privaten Wohlfahrtspflege kann mit Rücksicht auf deren besondere Verhältnisse eine vorläufige Anstellung auf ein Jahr vereinbart und gegebenenfalls auf ein weiteres Jahr verlängert werden. Es ist hierbei aber eine vierteljährliche Kündigungsfrist innezuhalten.

2. Steht dem leitenden Arzt nicht auch die Oberleitung im wirtschaftlichen Betrieb zu, so ist er wenigstens für den ganzen Betrieb der Anstalt, soweit es sich um die medizinischen und hygienischen Belange handelt, insbesondere für den allgemeinen Krankendienst und die gesundheitlichen Maßnahmen zuständig und verantwortlich. Ihm ist die nötige Selbständigkeit zu gewähren. Im übrigen werden die Anstalten der freien Liebestätigkeit durch deren Organ vertreten.

3. Besteht für die Anstalt ein besonderer Krankenhausvorstand (Verwaltung, Ausschuß), so gebührt dem leitenden Arzte bzw. seinem Stellvertreter darin Sitz und Stimme. Den Trägern der Stiftungsanstalten wird empfohlen, die Satzung so einzurichten, daß der leitende Arzt in den Vorstand bzw. Verwaltungsausschuß hinzugewählt werden kann.

4. Besteht für die Anstalt kein besonderes Kuratorium, so muß der leitende Arzt in allen medizinischen und hygienischen Belangen vor Erlaß etwaiger Anordnungen gehört werden. Auch in wirtschaftlichen Angelegenheiten soll er auf Wunsch der Anstaltsleitung zur Seite stehen.

5. Der leitende Arzt ist der Vorgesetzte des ärztlichen Hilfs- und Krankenpflegepersonals in allen den Krankendienst betreffenden Angelegenheiten. Religiöse Vorschriften bleiben

hiervon unberührt. Im übrigen unterstehen die Mitglieder religiöser Genossenschaften nur ihren Oberen.

6. Ist der Arzt nicht Mitglied des Kuratoriums, so müssen alle vom Vorstand (von der Verwaltung, dem Ausschuß) hinsichtlich des Personals und in bezug auf die Krankenfürsorge (einschließlich Beköstigung) zu erlassenden Anordnungen durch seine Hand gehen und unterliegen seiner Aufsicht. Desgleichen sind ihm alle sonstigen, die Hygiene des Krankenhauses oder die Krankenfürsorge betreffenden Schreiben, Verfügungen und Berichte, welche an den Vorstand (Verwaltung, Ausschuß) ergehen oder von diesem ausgehen, zur Kenntnisnahme und zur Mitzeichnung vorzulegen.

7. Der leitende Arzt hat Anspruch auf ausreichendes Hilfspersonal, insbesondere darauf, daß ihm zu ärztlichen Leistungen (Narkose, Vertretung, fachärztliche Hilfsleistungen usw.) die nötigen Hilfskräfte zur Verfügung gestellt werden. Die Berufung und Anstellung der in dem Krankenhaus tätigen Assistenzärzte erfolgt durch die Verwaltung bzw. den Vorstand des Krankenhauses auf Vorschlag des leitenden Arztes. Selbständige Abteilungsärzte haben für ihre Abteilung zur Anstellung von Assistenzärzten das gleiche Vorschlagsrecht. Die Assistenzärzte unterstehen dem leitenden Arzte oder ihrem Abteilungsarzte ärztlich oder dienstlich.

8. Dem leitenden Arzte muß ferner der Wechsel und die Verteilung des ärztlichen Hilfspersonals und des Krankenpflegepersonals auf die einzelnen Abteilungen, wie die Regelung der sonstigen Tätigkeit dieses Personals unterstehen. In Anstalten mit religiös organisiertem Pflegepersonal behalten sich die Oberen grundsätzlich die allgemeine Arbeitsverteilung und die Besetzungsfreiheit vor. Doch ist bei Besetzung von Stellen, welche besondere Verantwortung und Schulung erfordern, ein vorheriges Einvernehmen mit dem Arzte nach bester Möglichkeit herbeizuführen.

9. Selbständig entscheidet der Arzt nach Maßgabe der allgemeinen Aufnahmeordnung, welche durch den Vorstand bzw. Verwaltungsausschuß gemeinsam mit dem leitenden Arzte aufgestellt wird, bzw. nach den zwischen ihnen und der Genossenschaft vereinbarten Richtlinien, über die Aufnahme und Entlassung der Kranken, über die Verteilung derselben in den zur Verfügung stehenden Räumen, unbeschadet der in seiner Abwesenheit von der zuständigen Stelle des Pflegepersonals zu treffenden vorläufigen Maßnahmen. Bei groben Verstößen der Kranken kann auch der Vorstand bzw. sein Stellvertreter die Entlassung verfügen, falls dieselbe ärztlich zulässig ist.

10. Der leitende Arzt erhält für seine Tätigkeit als Leiter, ebenso für die Behandlung der Kranken dritter Pflegeklasse einschließlich der Kassenkranken, falls nicht bei diesen ärztliche Berechnung gestattet ist, ein angemessenes Gehalt. Für die Behandlung der Kranken in der ersten und zweiten Pflegeklasse kann der Arzt in allen Fällen Rechnung ausstellen.

Ruhegehaltsberechtigung liegt dann vor, wenn die Einnahmen des Arztes in der Hauptsache in seinem Krankenhausgehalt bestehen. Als Altersgrenze für den Ruhegehaltsempfang soll die Erreichung des 65. Lebensjahres gelten.

Die Grundsätze gelten für die leitenden Krankenhausärzte, sind aber sinngemäß auch für die leitenden Abteilungsärzte anzuwenden.

VII. Krankenpflegepersonal.

Eine der wichtigsten Personalgruppen für den Betrieb des Krankenhauses sind die *Krankenpflegepersonen*. Auf ihre Zuverlässigkeit und Tüchtigkeit sind Ärzte und Kranke angewiesen und häufig genug hängt der Erfolg der Anstaltsbehandlung mehr von der Krankenpflege als von der ärztlichen Verordnung ab; ja auch der Meister operativer Technik ist für die Nachbehandlung auf die Pflegerin angewiesen. Und so mancher Arzt verdankt sein Wissen und Können in der Pflege, Lagerung und Versorgung Erkrankter, das er in den klinischen Semestern sich nicht aneignen konnte, einer älteren Schwester während seines Krankenhausdienstes. Die Frage, die in Frankreich vor Jahrzehnten Gegenstand des heftigsten Kampfes gewesen ist, die Frage des Gegensatzes von Laienpersonal und den kirchlichen Pflegepersonen, hat in Deutschland eigentlich nie eine größere und sicher keine hygienische Bedeutung erlangt; in Deutschland ist je nach der geschichtlichen Entwicklung die Lösung eine ganz verschiedenartige geworden. Sie kann nicht Gegenstand der Behandlung in diesem Handbuch

sein, nur zahlenmäßig mag angeführt werden, daß das Verhältnis zwischen kirchlichen und laienmäßigen Krankenpflegepersonen nach der jetzt lange zurückliegenden Berufszählung von 1908 das folgende war: Von etwa damals 75 000 Krankenpflegerinnen gehörten 20 000 zu katholischen Orden, 14 000 der evangelischen Diakonie, 3600 zum Roten Kreuz, 3000 Berufsorganisationen und 30 000 waren nicht organisiert. Heute ist die Zahl auf etwa 100 000 angestiegen und die Mehrzahl der nicht in religiösen Orden befindlichen Krankenpfleger in verschiedenen Gemeinschaften organisiert. Tracht und Abzeichen sind durch gesetzliche Bestimmungen gegen Mißbrauch geschützt. Auch die Organisation der Laienverbände interessiert hier nur insoweit, als im Interesse der Disziplin an größeren Krankenhäusern die Krankenpflegerinnen zweckmäßigerweise einer Oberin unterstellt werden, die ihre außerhalb des eigentlichen Krankenhausbetriebes liegenden Angelegenheiten einheitlich regelt.

Die Krankenpflegepersonen gehören beiden Geschlechtern an, doch überwiegen entsprechend der ganzen Anlage der Frauen an den Krankenhäusern selbst die weiblichen Krankenpflegepersonen; nur an Irrenanstalten und auf Abteilungen für männliche Geschlechtskranke ist überwiegend oder ausschließlich männliches Krankenpflegepersonal. Das letztere ist meistens in gewerkschaftlich oder politisch eingestellten Organisationen zusammengefaßt. In größeren Krankenhäusern ist die Organisation meist derart, daß ein Pavillon von 40 bis 50 Betten einer Oberschwester untersteht, die für die Betriebseinrichtungen, für die Diensteinteilung und die Aufsicht verantwortlich ist, auch die Wäscheausgabe unter sich hat und unmittelbar mit den Ärzten arbeitet. Ihr unterstehen je nach der Größe und Art der Abteilungen eine verschieden große Anzahl von Schwestern und Schwesternschülerinnen. Gewöhnlich kommt auf 3—10 Betten eine Schwester. Außerdem müssen Schwestern für die ständigen Nachtwachen, einige Reserveschwestern für Erkrankungen und Urlaub und für den allgemeinen Dienst, Schwestern für die Aufnahme, den Operationsbetrieb, Röntgenbetrieb usw. vorhanden sein, so daß die Zahl der Schwestern auf die Gesamtbettenzahl berechnet sich erheblich vergrößert. Es ist durchaus verfehlt, an der Zahl der Schwestern zu sparen; auch bei genügender Anzahl sind sie stundenweise überlastet und ihr Dienst ist schwer und aufreibend. Der Satz von Schlossmann: „Das Sparen am Schwesternpersonal bedeutet Kindergräber", gilt für alle Altersklassen der Kranken, aber auch für die Schwestern selbst. Der Abbau im Pflegepersonal in den letzten Jahren hat sich durch vermehrte Erkrankungen, frühzeitige Abnutzung, notwendige längere Beurlaubungen und frühere Versetzung in den Ruhestand meist als sehr viel kostspieliger erwiesen. Der Dienst der Schwestern sollte sich auch über das rein Ärztliche und Pflegerische hinaus auf die seelische Beeinflussung der Kranken und namentlich der Kinder erstrecken. Der Kranke und seine Angehörigen wollen in Verbindung bleiben und diese Verbindung, soweit rein menschliche und nicht ärztliche Fragen im Spiel sind, wird am besten durch die Stationsschwester gewährleistet. Der Kranke will aber auch getröstet und vor allem beschäftigt sein. Dazu hat im allgemeinen leider die Krankenpflegerin, obgleich es den Neigungen der meisten entspricht, keine genügende Zeit, und es wird eine Aufgabe späterer Maßnahmen sein müssen, hier Wandel zu schaffen. Die Schwestern unterliegen jetzt den Bestimmungen der staatlichen Prüfungsordnung. Wenngleich keine Gemeinde gehalten ist, nur geprüfte Pflegerinnen anzustellen, so hat sich naturgemäß doch das Verfahren herausgebildet, die staatliche Prüfung zur Voraussetzung der Anstellung zu machen. Das liegt um so näher, als die meisten mittleren und großen Anstalten zugleich staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen sind; die Pflegerinnen treten als Schülerinnen ein, hören in der Anstalt nach den Vorschriften der

Bestimmungen die theoretischen Lehrgänge, bilden sich auf der Station praktisch aus und unterwerfen sich in der Anstalt der staatlichen Prüfung, um als Stamm der Anstalt später großenteils als Pflegerinnen dort einzutreten.

Neben den geprüften Krankenpflegerinnen finden sich noch unausgebildete Hilfspersonen, die ihnen zur Hand gehen, die sich oft eine recht große Fertigkeit aneignen und in der Zwischenstellung von Pflegerinnen und wirtschaftlichem Hilfspersonal gute Dienste leisten.

Die eigenartigen Gesundheitsverhältnisse des Krankenpflegepersonals sind in dem Aufsatze von Ebstein in Band II dieses Handbuches, S. 777, die Bedrohung durch Tuberkulose in dem Aufsatz von Teleky Band III, S. 160, behandelt worden.

Die Bestimmungen über Ausbildung und staatliche Prüfung der Krankenpflegepersonen wurden in Preußen durch die Vorschriften vom 19. Juli 1921 neu geregelt. Neben der Änderung technischer Einzelheiten wurde der Besuch der Krankenpflegeschulen von einem auf zwei Jahre verlängert. In anderen deutschen Ländern ist die Ausbildungszeit eine kürzere, eine reichsgesetzliche gleichmäßige Regelung wird angestrebt. Wieder anderwärts dauert in Wirklichkeit die Ausbildung länger dadurch, daß praktische Tätigkeit in die Ausbildung mit einbezogen und die Anerkennung nicht vor deren Erledigung ausgesprochen wird. In Österreich dauert die Ausbildungszeit 3 Jahre; die Erfahrungen werden auch nach der Richtung hin als günstig bezeichnet, daß die lange Ausbildungszeit die Meldung geeigneter Kräfte nicht vermindert. Die gesetzlichen Bestimmungen finden sich in Band IV, S. 693. Zurzeit bestehen über 250 staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen in Preußen. Die Dienstzeit des Krankenpflegepersonals wurde nach sehr langen Beratungen vom Reichsarbeitsministerium auf eine Zeit von 60 Wochenstunden festgesetzt, wobei von der Festlegung auf durchgehende Tagesarbeit abgesehen wurde. Damit war der Achtstundentag des Krankenpflegepersonals, der sich als für die Kranken oft sehr schädlich erwiesen hat, abgeschafft. (S. a. Bd. II, S. 779).

Die Vorschriften über die staatliche Prüfung als *Säuglingspflegerinnen* sind durch eine Verordnung vom 20. Februar 1923 in Preußen und dann ähnlich in anderen Ländern geregelt; auch hier wurde die Ausbildungszeit auf 2 Jahre verlängert, wobei der bis dahin vorgeschriebene halbjährige Besuch einer Krankenpflegeschule wegfiel. Um Härten zu vermeiden, wurde die Bestimmung aufgenommen, daß auch zwei verschiedene Anstalten — Kinderkrankenhäuser und Säuglingsheime — unter zeitlicher und sachlicher Zusammenlegung des Ausbildungsplanes zusammen als *eine* Säuglingspflegeschule anerkannt werden können, damit der auf beide Formen von Anstalten verteilte Unterricht auch da möglich wird, wo nur eine der beiden Anstaltsformen besteht.

Im Laboratorium, in der Klinik, im Röntgenverfahren, in den bakteriologischen Untersuchungsstellen und pathologischen Instituten erlangen die *technischen Assistentinnen* eine immer mehr sich steigernde Bedeutung. Ihr Unterricht war bis vor wenigen Jahren ein überwiegend praktischer, ihre theoretische Ausbildung lag in den Händen privater Personen und Schulen. Seit 1921 ist durch einen preußischen Erlaß für ihre Ausbildung ein zweijähriger Lehrgang an einer staatlich anerkannten Schule mit vorgeschriebenem Lehrplan angeordnet, auf den eine staatliche Prüfung folgt, die die Voraussetzung für die Einstellung bildet. Auch die technischen Assistentinnen sind standesmäßig organisiert.

Gegenwärtig besteht eine deutlich werdende Richtung, aus den Krankenpflegerinnen besondere Zweige hervorgehen zu lassen, mit eigenen Fachaufgaben. Dazu gehört die Ausbildung in der sozialen Krankenhausfürsorge (siehe diese),

die ja dem Schwesternberuf sehr nahesteht. Ferner hat sich das Bedürfnis immer dringender herausgestellt, eigene Krankenküchenleiterinnen und Diätschwestern heranzubilden. Der Gutachterausschuß hat zu diesem Zwecke gemeinsam mit dem Letteverein und einigen Haushaltschulen die Möglichkeit für besondere Ausbildungskurse geschaffen; auch an der Diätküche des städtischen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf werden derartige Kurse für Ärzte gehalten und Schwestern in diesem Sondergebiet ausgebildet. Weiter hat neuerdings die deutsche Röntgenologengesellschaft gefordert, daß die Ausbildung der Röntgengehilfinnen nicht mehr unter diejenige der technischen Assistentinnen fallen soll. Da diese Gehilfinnen nicht wie Laboratoriumsgehilfinnen am toten Objekt, sondern am kranken Menschen tätig seien, müßten sie in den Grundlagen der Krankenpflege in einem Lehrgang von einem Jahr ausgebildet werden. Diese Frage ist im Fluß und nicht leicht zu lösen, weil eine verkürzte Ausbildung in der Krankenpflege auf Schwierigkeiten stößt und weil die Mutterhäuser des Roten Kreuzes und der kirchlichen Organisationen es vorziehen, die für sie nötigen Röntgengehilfinnen aus dem Kreise geeigneter fertiger Krankenpflegeschwestern auszubilden.

Die Ausbildung und Tätigkeit der Säuglingspflegerin, Säuglingsschwester und Säuglingsfürsorgerin ist in Band IV, S. 70, diejenige der Wohlfahrtsfürsorgerin in Band IV, S. 699, behandelt.

VIII. Der Verwaltungsbeamte.

Auch an kleineren Krankenhäusern, viel mehr noch an mittleren und größeren, ist der Verwaltungsbeamte in seinen verschiedenen Abstufungen ein unentbehrlicher Bestandteil des Krankenhausbetriebes, von dessen Kenntnissen und Geschick sehr häufig nicht bloß die Finanzen, sondern auch das ganze Gedeihen der Anstalt abhängt. Die ihm zufallenden Aufgaben und das ihm zur Seite stehende Bureaupersonal nach Umfang und Beschaffenheit hängt natürlich vollkommen von der Größe und den Bestimmungen der Anstalt ab. An der Spitze von großen Anstalten und manchen solcher, die auch Lehr- und Forschungszwecken dienen, steht ein Verwaltungsdirektor, meistens Persönlichkeiten von bewährtem Organisationstalent, ausgebildet im Rechnungswesen und der Gesetzeskunde, mit umfassender Schulung und großen Erfahrungen, die sich sehr oft auch literarisch in der Darstellung in Handbüchern und in belehrenden Aufsätzen erwiesen haben. Ja, einige Städte haben als Verwaltungsdirektoren Beamte mit höherer Verwaltungsausbildung oder sogar Ärzte, die schon mit der Leitung größerer Betriebe vertraut waren, angestellt. Auch dort, wo als Direktor entweder der leitende Arzt oder einer der Abteilungsärzte an der Spitze steht, arbeitet er mit dem ihm bald nebengeordneten, bald untergeordneten Verwaltungsinspektor oder Verwaltungsdirektor auf das engste zusammen. Das Bureaupersonal ist selbstverständlich, aber auch das Arbeiterpersonal der Anstalt, und wo keine Mutterhäuser sind, auch das Pflegepersonal, ihm unterstellt. Der Verwaltungsdirektor ist für den ordnungsmäßigen Betrieb der Anstalt verantwortlich und muß die Dienstanweisungen nicht nur geben, sondern auch ihre Befolgung überwachen oder überwachen lassen. Zum Betrieb einer Anstalt, namentlich einer größeren gehört aber ganz außerordentlich viel, nicht nur die Durchführung des Rechnungswesens und die Aufstellung des Haushalts, die stete Kontrolle seines Einhaltens. Es sind im Krankenhausbetriebe eine sehr große Zahl gesetzlicher Bestimmungen zu beachten; es muß mit großen Organisationen, wie der Sozialversicherung, der Armenverwaltung, stets die Zusammenarbeit aufrecht erhalten werden und schließlich sind eine Fülle hygienischer Gesichtspunkte

und gesetzlicher Gesundheitsbestimmungen zu beachten. Auch die Haftung bei Gesundheitsgefahr gegenüber den Kranken und den Angestellten fordert ein viel tieferes Eingehen in Sonderfragen als bei gleichgroßen rein wirtschaftlichen Betrieben. Dazu kommt aber noch, daß der Verwaltungsdirektor für den Einkauf, die rechtzeitige zweckmäßige und wohlfeile Beschaffung der Lebensmittel und der Verbrauchsgegenstände zu sorgen hat. Diese Beschaffung ist eine vollkommene Fachwissenschaft geworden. Die Versorgung mit Nahrungsmitteln und Gebrauchsgegenständen spielt ja auch bei großen Hotels, Wirtschaftsbetrieben usw. in etwas geänderter Form mit, aber die Beschaffung von Behandlungsgegenständen, wie Verbandmitteln, Instrumenten, Thermometern, Badeeinrichtungen und unzähliges anderes mehr, ist ein so differenziertes Sondergebiet, daß hier viele einzelne Teile gar nicht leicht normisiert werden können, sondern je nach den Forderungen der Ärzte gesondert beschafft werden müssen. Schon diese Andeutungen mögen genügen, um darzutun, ein wie wichtiges Glied in der Verwaltung des Krankenhauses der Verwaltungsleiter ist und wie notwendig hier eine besondere Vorbildung und größere Erfahrungen sind.

Nur in kleineren Krankenhäusern kann dieser Beamte mit Hilfe der ihm zur Seite stehenden Hilfskräfte Küche, Waschhaus, Maschinenhaus usw. bearbeiten. Schon in mittleren, vor allem aber in größeren Anstalten muß unter seiner Oberleitung der Betrieb dezentralisiert werden. So haben größere Anstalten einen eigenen Maschineningenieur, mittlere und kleine kommen mit Monteur oder Heizer aus. Besondere Sorgfalt aber muß auf den Küchenbetrieb gelegt werden, da im Krankenhaus nicht nur eine Massenverpflegung, die erhaltend und nicht abstumpfend sein darf, verabreicht werden soll, sondern für verschiedene Krankheiten und Lebensalter ganz verschiedene Diätformen erforderlich werden, von deren richtiger Verordnung und Bereitung oft mehr als von Medikamenten die Wiederherstellung abhängt. Auch hier ist eine besondere Wissenschaft entstanden, die sich in den großen Zügen an den Küchenbetrieb anderer größerer Anstalten anlehnt, aber hier durch die Heilaufgaben sich wesentlich kompliziert. Für größere Krankenhäuser ist gewöhnlich eine im Haushaltsbetrieb besonders vorgebildete Küchenleiterin an die Spitze gestellt, der Oberkoch, Personal, Koch- und Putzpersonen unterstellt werden. Die Einzelheiten des Küchenbetriebes, der zweckmäßigsten Herstellungsformen, des Speisentransportes gehören so ausschließlich, so wichtig sie sind, in ein allgemeines Werk über Krankenhauswesen und nicht in ein solches über soziale Hygiene, sie sind auch so eingehend in dem Handbuch von Dietrich-Grober und seinen Ergänzungsbänden dargestellt worden, daß hier nur auf diese Abhandlungen hingewiesen werden soll. Außerdem hat neuerdings der Gutachterausschuß die Richtlinien für das Küchenwesen sorgsam ausgearbeitet (vgl. Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen Jg. 1926, H. 2 u. 10). Ferner bedarf schon ein mittleres Krankenhaus einen *Materialienverwalter*, der die Ausgabe der einzelnen Stoffe leitet, den Verbrauch bucht und rechtzeitig neue Ankäufe veranlaßt und die bezogenen Vorräte zweckmäßig lagert. Sein Wirken erstreckt sich sowohl auf Nahrungs- wie auf Gebrauchsgegenstände. Das Wäschepersonal hängt an Zahl und Vorbildung von der Größe der Anstalt ab, auch für den Umfang der bereitzustellenden Wäsche, ihre Behandlung, Lagerung und Verausgabung gibt es ganz bestimmte Normen, bezüglich derer auf das Handbuch von Dietrich-Grober verwiesen werden muß.

Schließlich ist noch die *Desinfektionsabteilung* mit einem oder mehreren Fachmännern besetzt, welche die Bedingungen an die Ausbildung der Desinfektoren erfüllt haben müssen und welche zweckmäßig für andere hygienische Aufgaben des Krankenhausbetriebes herangezogen werden. Der Desinfektor

ist meist dem Maschineningenieur und unmittelbar dem Verwaltungsdirektor unterstellt. Gesetzlich untersteht er außerdem noch dem staatlichen beamteten Arzte.

Über den Betrieb der *Apotheken* im Krankenhaus liegen ganz genaue gesetzliche Bestimmungen vor. Sie besagen, unter welchen Bedingungen die Errichtung einer selbständigen Apotheke genehmigt werden kann, die im übrigen in ihrer Führung der staatlichen Aufsicht unterstellt ist. Sie verlangen vom Leiter die gesetzlich für den Betrieb einer Apotheke aufgestellten Forderungen und lassen nur in wenigen Ausnahmefällen und an wenigen Orten eine Lieferung von Medikamenten über den Raum des Krankenhauses hinaus zu. Der Apotheker des Krankenhauses stellt auch meist die Nahrungsmitteluntersuchungen an und wird für Trinkwasseruntersuchungen und ähnliches mehr herangezogen. Er beschafft auch die Desinfektionsmittel und hat die schwierige Aufgabe der regelmäßigen Versorgung einer größeren Insassenzahl, die beständig große Ansprüche stellt; außerdem ist seine Aufgabe dadurch erschwert, daß vielfach im Krankenhaus Versuche mit neuen Medikamenten und chemischen Hilfsmitteln der Untersuchungen und Behandlungen angestellt werden. Der Apotheker untersteht dem leitenden Direktor, nicht aber dem Verwaltungsdirektor.

Das *Arbeits- und Hilfspersonal* hat eine entsagungsreichere Stellung als Angestellte in anderen Betrieben. Es kann nach Lage der Sache weniger frei sein und muß auf manche Bewegungsmöglichkeiten verzichten. Die Löhne und die Arbeitszeit sind durch den Tarifvertrag einheitlich geordnet. Ein Teil der Angestellten wird auch in seinem eigenen Interesse zweckmäßigerweise in der Anstalt selber wohnen, aber auch diejenigen, die in Erfüllung der Forderungen ihrer Gewerkschaft außerhalb der Anstalt wohnen, müssen sich der Disziplin beim Kommen und Gehen einfügen. Das Personal, namentlich soweit es nicht zur technischen Arbeit, sondern zur Pflege auf den Stationen mit herangezogen wird, hat den Wunsch nach Aufstieg, auch ohne die Bedingungen der Ausbildung erfüllt zu haben. In einer längeren Übergangsperiode, die jetzt abgelaufen ist, wurde ihm der Übergang in den Krankenpflegeberuf unter erleichterten Bedingungen ermöglicht. Dazu zwang namentlich die Notausbildung eines überaus zahlreichen Personals während des Krieges und seine Verwendung im Krankenpflegedienst. Gegenwärtig sind Aufstiegsmöglichkeiten nur noch nach Erfüllung der Vorschriften einschließlich der in ihnen vorgesehenen Dispense möglich. Das Arbeitspersonal und niedere Pflegepersonal ist gewerkschaftlich organisiert und wird in seinen Ansprüchen von dem gewerkschaftlichen Vertrauensmann vertreten.

IX. Der Haushalt des Krankenhauses.

Der Haushalt der Universitätsinstitute wird alljährlich nach Aufstellung bei den Behörden durch die Landtage beraten und bewilligt, und zwar gilt das sowohl für Neu- und Erweiterungsbauten, wie für den Jahresverbrauch. Da die Universitätsanstalten zugleich der Forschung und dem Unterricht dienen, enthält der Haushalt eine Reihe von Posten, die sonst für die Krankenhauspflege im engeren Sinne wenig oder gar nicht in Betracht kommen.

Von den allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern kommen hier zunächst diejenigen in Frage, die im Besitz von Gemeinden sind. Auch hier werden die Haushalte in den Kommissionen alljährlich aufgestellt und den Stadtverordneten zur Beschlußfassung vorgelegt. Natürlich ist ein Jahresetat nicht für alle Punkte gleichmäßig zweckentsprechend und ein längerer Zeitraum wäre öfter angebracht, aber nach den Grundsätzen der Städteordnung ist dies nicht zulässig. Immerhin

muß bei der Aufstellung des Haushalts darauf Bedacht genommen werden, die Kosten für Neubeschaffungen im Betriebe so zu verteilen, daß nicht das eine Jahr übermäßig belastet wird. Die Ausgaben für Neuerrichtungen, An- und Umbauten werden meist aus Anleihemitteln erstattet. Dadurch unterliegen sie zugleich der Überwachung durch die staatlichen Aufsichtsbehörden der Gemeinden. Das außerordentliche Anwachsen der Bedürfnisse für Krankenhausbauten kommt in einer Zusammenstellung der Anleihen deutscher Städte, die im Jahre 1912 Most vornahm, zum Ausdruck. Es ergibt sich aus dieser Zusammenstellung, daß für Krankenhausbauzwecke seitens einer Anzahl von 22 der größeren deutschen Städte von den gesamten Anleihemitteln im Verlauf der Jahre 1904—1906 in Höhe von 682 Millionen Mark auf Krankenhausbauten die Summe von 78 Millionen, d. h. etwa 11% der gesamten Anleihemittel, entfielen. Die Gesamtausgaben der über 100 000 Einwohner zählenden preußischen Städte für den städtischen Haushalt usw. beliefen sich

1876	auf	227	Millionen	Mark
1891	„	396	„	„
1907	„	1425	„	„

Diese Zahlen zeigen an sich schon die rapide Zunahme der vielfachen Aufgaben der Städte und der außerordentlichen Leistungen derselben. Die Gesamtausgaben aller deutschen Gemeinden von über 10 000 Einwohnern betrugen 1907 rund 1971 Millionen Mark. Von dieser Summe wurden ca. 150 Millionen Mark für Armen- und Krankenpflege verausgabt; wie Most berechnet, sind davon rund 100 Millionen Mark als für Krankenpflege, d. h. für den Betrieb der öffentlichen Krankenanstalten usw., verausgabt anzunehmen. In dieser Summe, die heute noch erheblich höher sein dürfte, sind aber, wie angenommen werden darf, die Ausgaben für Verzinsung der für Krankenhausbauten aufgenommenen Anleihem noch nicht mit eingerechnet, da diese wohl durchweg unter dem Titel der Schuldenverwaltung besonders verrechnet werden.

Von der 50-Millionen-Anleihe der Stadt Groß-Berlin im Jahre 1926 sind etwas über 8 Millionen für Bau und Erweiterung städtischer Krankenhäuser bestimmt.

Bei denjenigen öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern, deren Träger kirchliche Körperschaften oder Stiftungsanstalten sind, werden die Haushaltausgaben im Vorstand aufgestellt und natürlich den vorhandenen Mitteln angepaßt. Bei kirchlichen Anstalten beeinflussen die Kosten für das Krankenhauswesen neben der Armenpflege als zweithöchster Posten die Höhe der Steuern, die von den kirchlichen Gemeinden erhoben werden. Etwas anders ist der Ausgleich des Haushaltes bei den privaten Anstalten, deren Notwendigkeit für die Volksgesundheit auf Seite 11 betont worden ist. Die Ausgaben und Einnahmen dieser Anstalten können nicht genau nach kaufmännischen Begriffen bewertet werden. Der leitende Arzt hat das Interesse daran, seine Privatkranken in operativen Fällen zu behalten. Er muß außerdem die Betten seiner Klinik voll besetzt zu halten suchen, und das geschieht dadurch, daß meist neben zahlenden Patienten auch Krankenkassenmitglieder Aufnahme finden, gelegentlich auch Unterstützte der Armenverwaltung, von denen er unter keinen Umständen ein höheres Entgelt fordern kann, als Krankenkasse und Gemeinde für die Unterbringung in öffentlichen Anstalten angesetzt haben. Außerdem fällt in öffentlichen Krankenhäusern die Rechnung an behandelte oder operierte Patienten fort, da ja die dort angestellten Ärzte ein festes Gehalt beziehen. Das Entgelt für ärztliche Behandlung und Operationen, dessen Höhe eine schwankende ist, fällt beim wirtschaftlichen Ausgleich im Betrieb der privaten Heilanstalten stark

ins Gewicht und außerdem kann die Einnahme des Arztes aus konsultativer Praxis in Gegenrechnung gesetzt werden. Für Knappschaftslazarette und öffentliche Krankenhäuser mit besonderen Aufgaben gilt in der Haushaltaufstellung ungefähr das gleiche wie für gemeindliche Krankenhäuser. Die Krankenkassen bewerten natürlich, falls sie eigene Anstalten leiten und betreiben, die Anstaltskosten nicht gesondert für sich, sondern im Rahmen ihres gesamten Haushaltes und wägen die gesamten, auch außerhalb der wirtschaftlichen Berechnung liegenden Vorteile und Nachteile eines eigenen Betriebes gegeneinander ab.

Alle öffentlichen allgemeinen Krankenhäuser, gleichviel ob sie von Gemeinden oder Stiftungen usw. betrieben werden, haben ein feststehendes Schema für Ausgaben und Einnahmen, nach dem der Haushalt der Anstalten eine selbständige Aufnahme bildet. Da aber in den einzelnen Städten die Aufstellung der Haushalte nach verschiedenen Gesichtspunkten erfolgt, ist die Vergleichung erschwert oder unmöglich. Der Gutachterausschuß für das gesamte Krankenhauswesen versucht daher gegenwärtig einen Vorschlag zu einer einheitlichen Aufstellung der verschiedenen Einnahmen und Ausgaben zu machen und hat deshalb einen Fragebogen herausgehen lassen, dessen Bearbeitung bevorsteht. Der Hauptpunkt der Ungleichheiten ist die Tatsache, daß die Einnahmen aus der Wohlfahrtsabteilung für unterstützungsbedürftige Kranke, die nur Durchlaufsposten sind, verschieden aufgeführt werden.

Die *Ausgaben* schwanken natürlich in weiten Grenzen, je nach der Anlage, dem Umfang und der Organisation. Kleinere und mittlere Krankenhäuser, die lediglich der Behandlung dienen und außerdem an Einrichtungen sich Beschränkungen auferlegen können, zumal da ihnen häufig nur solche Gruppen von Krankheiten zugehen, die eine verhältnismäßig geringe Aufenthaltsdauer haben, halten sich mit den Ausgaben stets in außerordentlich viel niedrigeren Grenzen als die Riesenanstalten der Groß- und Weltstädte. Sonderkrankenhäuser, wie Irrenanstalten, außerhalb der Stadt gelegene Lungenheilanstalten, Entbindungskrankenhäuser, zeigen Abweichungen, die durch ihre besonderen Aufgaben bedingt, an dem einen Posten größere Einsparungen zulassen, an dem anderen wieder vermehrte Ausgaben verlangen. So ist der Betrieb in Entbindungsanstalten und Kinderheilanstalten bei der Größe des Personals und der Notwendigkeit eines viel häufigeren Wäschewechsels, bei den Personalunkosten und den Ausgaben für Wäsche oft viel höher im Durchschnitt als in anderen Anstalten, während bei Tuberkulosekrankenhäusern in vielen Punkten die Ausgaben geringer, aber der Satz für die Ernährung viel beträchtlicher wird. In Entbindungsanstalten ist die Aufenthaltsdauer kurz, die Betten werden daher häufiger belegt, dafür aber stärker abgenutzt. In Tuberkuloseanstalten beträgt die Aufenthaltsdauer das vielfache des Durchschnitts, daher wird das Bett entsprechend für weniger Kranke ausgenutzt.

Abgesehen von diesen selbstverständlichen Unterschieden zeigt sich für die großen Krankenhäuser, deren Ausgaben eine Höchstleistung bedeuten, eine recht große Übereinstimmung. Die meisten Krankenhäuser trennen in ihrem jährlichen Haushaltsbericht über die erfolgten Ausgaben ganz genau die einzelnen Posten für Arzt, Pflege-, Warte- und Hauspersonal, für Wäsche, Heizung und Beleuchtung, Wasserverbrauch, Instandhaltung der Gebäude mit Gartenanlagen und für Ernährung. Daraus ergibt sich, daß in der Vorkriegszeit gleichmäßig für Ärzte und Personal 7% der Ausgaben in Betracht kamen, für Ernährung 35—40%, während die übrigen Posten sich in ungleicher Höhe, aber für die einzelnen Anstalten ziemlich gleichmäßig verteilten. Dabei war allerdings die Gesamtsumme für die Ausgaben auf den Kopf und den Krankentag nicht durchaus übereinstimmend.

In Hamburg betrugen für 1910 die Kosten des Krankenpflegetages in

	St. Georg	Eppendorf
Gehälter	Mk. 0,4806 = 11,9%	Mk. 0,4018 = 9,7%
Löhne	„ 0,5229 = 13,5%	„ 0,6546 = 15,7%
Nahrungsmittel	„ 1,6292 = 40,6%	„ 1,4716 = 35,4%
Wasserversorgung	„ 0,0504 = 1,25%	„ 0,0452 = 1,09%
Feuerung	„ 0,233 = 5,5%	„ 0,2721 = 6,5%
Beleuchtung	„ 0,0968 = 2,4%	„ 0,1171 = 2,8%
Medikamente, Verbandstoffe, Instrumente	„ 0,3405 = 8,5%	„ 0,3841 = 9,2%
Bekleidung	„ 0,6676 = 1,7%	„ 0,0753 = 1,8%
Gebäudeunterhaltung	„ 0,1648 = 4,1%	„ 0,2001 = 4,8%
Mobiliar, Leinen, Betten	„ 0,1704 = 4,2%	„ 0,2261 = 5,5%
Verschiedenes	„ 0,0699 = 1,8%	„ 0,0762 = 1,8%
Im ganzen	Mk. 4,0078	Mk. 4,1648

Der Verpflegungssatz für Kranke III. Klasse betrug 4 Mk. für Einheimische, 6 Mk. für Auswärtige; für die IV. Verpflegungsklasse 2,50 Mk. Im ganzen wurden 1910 in Eppendorf 26 251 Personen mit 710 640 Verpflegungstagen behandelt; davon kamen auf die Kostgänger I. und II. Klasse 8479 Tage = 1,2%, auf die III. Verpflegungsklasse mit den Sätzen von 4 Mk. für Einheimische und 6 Mk. für Auswärtige 28 551 Verpflegungstage = 4%, auf die IV. Klasse mit dem Verpflegungssatz von 2,50: 320 207 Tage = 45%, während für 353 483 Verpflegungstage = 50% keine Zahlung erfolgte. Selbstzahler waren 23,3%, Krankenkassenmitglieder 38,1%, anderweit Versicherte 2%, Wohlfahrtskranke auf öffentliche Kosten 28,4%, zahlungsbefreite 7,3%.

Wenn man die Haushalte verschiedener Städte vergleicht, ergeben sich oft beträchtliche, wohl in den Teuerungsverhältnissen der Gegend und in den Ansprüchen der Bevölkerung begründete Unterschiede in der Gesamtsumme. In der Zeit des Währungsverfalls mit seinen außerordentlichen Ernährungsschwierigkeiten, einer Zeit, in der außerdem die Einführung des Achtstundentages für bestimmte Gruppen des Personals und die geänderten Lohntarife zu einer Umstellung des Personalhaushaltes zwangen, gingen relativ die Ausgaben für Schwestern und Ärzte außerordentlich stark herab, während die für das Warte- und Hauspersonal sich beträchtlich steigerten. Die Ernährungsschwierigkeiten und die gesteigerten Kosten für die Gesamtausgaben zwangen damals zu einer erheblichen Einschränkung in der Beköstigung, so daß auch für diesen für den Krankenhausbetrieb wesentlichen Posten die Ausgaben relativ sehr stark absanken. Nebenstehende Tabelle, die Lenel[1]) für Charlottenburg-Westend mitteilte, gibt ein gutes Bild von den Verhältnissen vor dem Kriege und den Änderungen in der Nachkriegszeit durch Achtstundentag, Tarifbestimmungen und Währungsverfall.

Heute ist der Kostenaufwand für die Ernährung wieder fast auf den Friedensstandpunkt zurückgeführt worden, allerdings mit einigen unbeträchtlichen Einschränkungen. Dagegen ist die Verschiebung des Verhältnisses der Ausgaben für Ärzte und für niedriges Personal noch immer kenntlich.

Wenn man in den Haushalten der verschiedenen Großstädte und der Stiftungsanstalten die *Einnahmen* vergleicht, so ergeben sich von vornherein außerordentlich starke Unterschiede, die nur darauf zurückgeführt werden können, daß die Aufstellung des Haushaltes in den einzelnen Städten ganz ungleichartig erfolgt. Die eine Stadt verfügte über recht große Stiftungsmittel, deren Zinsen als Einnahme bald gebucht, bald nicht aufgeführt werden. Die andere Stadt

[1]) Klin. Wochenschr. 1922, S. 957.

zählt die Einnahmen, die für die Zahlungen der auf Armenkosten untergebrachten Gemeindemitglieder von der einen städtischen Verwaltung auf die andere buchlich übertragen werden, als Einnahme im Krankenhaus-Haushalt und als Ausgabe im Wohlfahrtshaushalt, während das bei anderen Gemeinden, in denen beide Verwaltungen zusammengefaßt sind, nicht geschieht.

	1914	1918	1920	1921
Löhne für Wirtschafts-, Dienst- und Arbeitspersonal	9,8%	11,0 %	21,6%	22,6%
Löhne bzw. Gehälter für Pflege- und Wartepersonal	10,3%	8,8%	13,5%	16,2%
Gehälter für Ärzte	7,9%	4,4%	4,6%	5,1%
Medizinische Geräte, Verbandmittel, Apotheke	9,6%	8,9%	7,3%	4,6%
Verpflegung	36,6%	35,8%	23,4%	24,3%
Bekleidung, Wäsche, Bettausstattung	3,6%	3,5%	2,2%	3,4%
Rest: Beheizung, Beleuchtung, Wasser, bauliche Instandhaltung, Müllabfuhr usw.	22,2%	27,6%	27,4%	23,8%
Gesamtausgaben	2,3 Mill.	4,3 Mill.	—	36,9 Mill.
Selbstkosten für Tag und Kopf	5,25 Mk.	9,24 Mk.	—	62,10 Mk.
Tagessatz für den Kranken	3 Mk.	5 Mk.	—	18—40 Mk.

Freilich sind die Einnahmen aus Stiftungen bei einer Anzahl von Gemeinden, wenn sie in Kapitalien angelegt waren, in der Zeit des Währungsverfalls ja verlorengegangen, aber Städte mit großen Ländereien, deren Erträgnisse sie zur Deckung der Bedürfnisse der Krankenhäuser abführen, wirtschaften an sich billiger, außerdem buchen sie diese Zuschüsse an die Anstalten in ungleicher Form. In der Gegenwart gilt die Annahme, daß bei gleichen Leistungen die Selbstkosten der gemeinnützigen, von Wohlfahrtsvereinigungen geleiteten Anstalten auf etwa 75% der Selbstkosten gemeindlicher Anstalten zu veranschlagen sind. Man muß also beim Vergleich der Ausgaben verschiedener Städte äußerste Vorsicht walten lassen. Darüber hinaus bestehen Unterschiede nach den Aufgaben. Eine Anstalt, die große Forschungsinstitute, eigene Schwesternhäuser, größere Gartenanlagen hat, wird natürlich an sich stärkere Ausgaben haben als ein gleich großes Krankenhaus, das lediglich Zwecken der Behandlung dient und die bakteriologischen Untersuchungen, die pathologischen Leichenuntersuchungen usw. in geringem Umfange betreibt oder an andere Anstalten abgibt. Schließlich aber ist auch nicht zu bestreiten, daß dank der besonderen Kunst einiger Verwaltungen ohne Schaden für das Ganze manche Krankenhäuser zweckmäßig und wirtschaftlich, andere wieder über Gebühr aus vollen Händen arbeiten und in dem Bestreben, stets mit den neuesten Einrichtungen versehen zu sein, mehr des Guten tun als vielleicht unbedingt notwendig ist.

Abgesehen von diesen Vorbehalten gilt allgemein, daß die Einnahmen der Anstalten sich aus zwei Posten zusammensetzen, aus den Zahlungen der Aufgenommenen und den Einnahmen aus dem Betriebe, sowie aus der Verwertung von Abfällen. Die letzteren spielen meist eine recht geringe Rolle. Natürlich fällt in Küche und Abteilungen bei der großen Zahl der Verpflegten eine sehr beträchtliche Menge von Abfällen zu, die in einem Privathaushalt sehr gut auch der menschlichen Ernährung zugängig gemacht werden könnten. Das geht im Krankenhausbetriebe natürlich wegen der Gefahr der Übertragung nicht ohne weiteres an, und nur unter gewissen Vorsichtsmaßnahmen können also Küchen- und Speisenabfälle noch für die Ernährung von Hausvieh nutzbar gemacht werden, in den Großstädten durch Vertragsabschluß mit einem Unternehmer, bei Irren- und Tuberkuloseanstalten oder peripher gelegenen Anstalten

in der eigenen Viehzucht, Schweine- und Geflügelmast. Auch die übrigen Einnahmen aus der Verwertung von verbliebenen Kleidungs- und Gebrauchsgegenständen Verstorbener und ähnlichen Dingen spielen keine Rolle. Die Einnahmen aus Stiftungen wurden gewöhnlich für Freibetten, für Unterhaltungs- und Erholungszwecke des Personals usw. verwendet, sie sind großenteils in den letzten Jahren geschwunden. Einnahmen aus Landwirtschaft und Viehzucht können unter Umständen im Gesamthaushalt ins Gewicht fallen.

Die Einnahmen aus den Gebühren der aufgenommenen Kranken verteilen sich auf drei Gruppen. Die *erste* besteht aus denjenigen, die auf Kosten der Armen- und Wohlfahrtsverwaltung im Sinne der Armengesetze eingeliefert werden und von der Stadt im Krankenhause versorgt werden *müssen*. Die Kosten werden im Haushalt berechnet und eingesetzt, aber es handelt sich selbstverständlich nur um einen Durchgangsposten, der als wirkliche Einnahme nicht gelten darf. Die *zweite* Gruppe ist die der Mitglieder der Krankenkassen. Die Bestimmungen über die Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Versicherten der Anstalt zu überweisen, sind auf S. 7 angegeben. Es sind Kann-Bestimmungen, daher verfuhren die Krankenkassen früher zuweilen so, daß sie den älteren und höher Versicherten, bei denen das Krankengeld dem Tarif der Krankenhäuser etwa gleichkommt oder ihn sogar übersteigt, gern die Genehmigung zur Aufnahme ins Krankenhaus gaben, bei jüngeren Versicherten der niederen Lohngrade aber, also gerade bei derjenigen Gruppe, die der Anstaltspflege am dringendsten bedarf, häufig von ihrem Rechte der Kann-Bestimmung Gebrauch machten und nur das Krankengeld zahlten, indem sie es den Krankenhausverwaltungen überließen, zu sehen, wie sie von dieser unbemittelten Gruppe entschädigt werden. Heute übernimmt die Mehrzahl der Ortskrankenkassen, namentlich in großen Städten, auf Grund des kassenärztlichen Antrags die Kosten der Anstaltsbehandlung; sie behält sich allerdings die Zustimmung usw. in Notfällen und gegebenenfalls eine Nachprüfung durch ihren Vertrauensarzt vor. Mit der Wiedererstattung dieser Kosten können demnach im allgemeinen die Träger der Anstalt wie mit einer sicheren Forderung rechnen. Die dritte Gruppe sind die *Selbstzahler*, also alle nicht Versicherten und die nicht versicherten Frauen und Kinder von Angehörigen der Sozialversicherung, außerdem die Angehörigen des Mittelstandes. Sie werden meistens angehalten, bei der Aufnahme einen Vorschuß in Höhe von 2—4 Wochen zu zahlen, und die Bevölkerung ist gewöhnt, daß eine solche Forderung gestellt wird. Natürlich darf in schweren Fällen unter keinen Umständen die Aufnahme von der Zahlung abhängig gemacht werden, und tatsächlich gilt meist der Grundsatz, daß bei ernster Erkrankung erst einmal die Aufnahme erfolgt und die Prüfung der Zahlungspflicht und Zahlungsmöglichkeit nachträglich angestellt wird. Bei kurzen Krankheiten ist die Belastung der Familien durch den Krankenhausaufenthalt nicht sehr drückend und meist durch Verzicht auf entbehrliche Ausgaben der nächsten Monate wieder einzuholen, bei längerer Krankheit dagegen wird die eingegangene Verpflichtung namentlich dann außerordentlich belastend, wenn es sich um Frauen handelt und die im Haushalt gesteigerten Ausgaben für deren Ersatz zu den Krankenhauskosten hinzukommen. Schließlich handelt es sich bei den Selbstzahlern, aber auch bei den Angehörigen der Hilfsbedürftigen, in einem nicht immer geringen Bruchteil um Kranke, die noch nicht die Ortsangehörigkeit erlangt haben und bei denen im Fall unterbliebener Zahlung der zuständige Orts- oder Landesarmenverband zu einem die Kosten keineswegs deckenden Tarif einzutreten hat. Im Falle der Selbstzahler zieht das Krankenhausbureau die Kosten ein und begnügt sich sehr oft mit lang hingezogenen Teilzahlungen. Die Erfahrung lehrt, daß in sehr vielen Fällen die Entlassenen

mit diesen Teilzahlungen bald im Rückstand bleiben und daß schließlich ein großer Teil der Außenstände nach langen Mahnungen und beträchtlichen Kosten für das ganze Verfahren niedergeschlagen werden muß. In der Gruppe der Selbstzahler ergibt sich also, daß die schließliche Einnahme beträchtlich hinter dem Sollposten zurückbleibt und durch die Personal- und Sachausgaben für das Mahnverfahren noch erheblich verringert wird.

Das Zahlenverhältnis dieser drei Gruppen ist in den einzelnen Städten außerordentlich verschieden. In Mittel-, Nord- und Ostdeutschland scheint es so zu liegen, daß etwa 25–30% von der Armenverwaltung, bis zu 50% und gelegentlich mehr von Krankenkassen überwiesen werden und der Rest freiwillig zugeht. In Westdeutschland scheint die Zahl der freiwilligen Zugänge beträchtlich höher zu sein, ebenso in Bayern. Auch mit den Zeitabschnitten schwankt das Verhältnis. In den letzten Jahren sank in Berlin der Anteil der Selbstzahler in den großstädtischen Krankenhäusern auf unter 10%. Diese Zahl ist vom Standpunkt der Sozialhygiene erschütternd niedrig, denn sie beweist, daß die zur Zahlung verpflichtete Bürgerschaft sich aus Not gezwungen sieht, ihre Frauen und Kinder bei ernsten Erkrankungen unter den trostlosen Wohnungsverhältnissen zu Hause zu behalten, statt sie den für die Gesundheitsbedürfnisse der gesamten Bürgerschaft eingerichteten und bereitstehenden Krankenanstalten rechtzeitig zu überweisen und damit in Fällen ansteckender Krankheiten auch die Gefährdung der gesamten Bevölkerung zu mindern. Früher betrug der Anteil der Selbstzahler auch in Berlin 20% und mehr. In Berlin war nach einer Mitteilung von Hoffmann (Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen 1926, Nr. 6) das Verhältnis der einzelnen Gruppen das folgende:

	1913	1922	1924
Wohlfahrtskranke	56,1%	36,7%	36,6%
Versicherte	34,5%	54,3%	58,2%
Selbstzahler	8,3%	7,3%	5,0%
Sonstige	1,2%	1,7%	0,2%

Es ergibt sich daraus, daß die großen allgemeinen Krankenhäuser *Zuschußanstalten* in erheblichem Umfange sind.

Auch die Selbstzahler und die Krankenkassenmitglieder zahlen nicht die vollen Selbstkosten der Anstalt, sondern den amtlichen Pflegesatz, der meist nur 75% der Selbstkosten beträgt, an wenigen Orten mehr, oft in Großstädten erheblich weniger. Schon vor mehr als 20 Jahren wurde aus Ärztekreisen der Ruf laut, daß die Krankenkassen nicht einen derartigen Zuschuß aus Steuermitteln erhalten dürften, da sie ja Mitgliederbeiträge erheben. Dieser Ruf ist seitdem niemals verstummt und gegenwärtig bekennen sich namentlich die Verwalter von öffentlichen Wohlfahrtsanstalten zu dieser Forderung, und auch der Gutachterausschuß für das Krankenhauswesen hat es für berechtigt erklärt, daß an die Krankenkassen die Forderung gestellt wird, wenigstens in den Wohlfahrtsanstalten die vollen entstehenden Kosten zu zahlen. Die Gemeinden haben aus guten Gründen sich bisher dazu nicht verstanden. Die Gründe, die dafür sprechen, die Krankenkassenmitglieder nicht anders zu stellen als die Selbstzahler, sind die folgenden: Auch sie sind Mitbürger und es liegt kein Grund vor, sie schlechter zu behandeln als die anderen Mitbürger, von deren Krankheitskosten die Gemeinde einen Teil deshalb übernimmt, weil Frühbehandlung mit der größeren Gewähr der Herstellung voller Gesundheit und Erwerbsfähigkeit und der Verminderung der Ansteckungsgefahr im allgemeinen Interesse liegt. Zudem beweist die Reichsversicherungsordnung, daß die Gründe, aus denen die Krankenkassen gehalten sind Anstaltsbehandlung zu gewähren (S. 7), mehr

solche im Interesse der Allgemeinheit als des Erkrankten sind. Ferner sind die Ausgaben der Kassen für Krankenhausbehandlung sehr hohe. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin mit ihren mehr als 600 000 Mitgliedern von zum Teil schlechtem Risiko verausgabte für:

	1924	1925
Krankengeld und Hausgeld .	Mk. 9 744 938	Mk. 15 310 026
Krankenhauspflege	„ 4 017 163	„ 6 038 275
Arzneien und Heilmittel . . .	„ 2 659 015	„ 5 197 427
	Mk. 16 421 216	Mk. 26 545 718

Die Mehrbelastung würde einfach sich in höheren Beiträgen auswirken und damit wieder die Gesamtheit unmittelbar oder mittelbar beteiligen. Schließlich würden die Krankenkassen dann noch mehr als bisher dazu übergehen, eigene Anstalten zu errichten. Daß das die gemeindlichen und Wohlfahrtsanstalten sehr ernst schädigen kann, wenn ein Teil günstigerer Risiken ihnen entzogen und ihnen nur noch die langwierigen, unheilbaren, größerer Pflege bedürftigen Kranken, darunter die von der Krankenkasse als unheilbar ausgesteuerten, überlassen bleiben; daß auch der Unterricht des Pflegepersonals leidet, wurde schon auf S. 10 ausgeführt. In einigen westlichen Industriegegenden hat dieses Vorgehen der Knappschaften in der Errichtung eigener Anstalten die jetzt einen Teil ihrer gesundheitlich günstigeren Zugänge beraubten öffentlichen Anstalten schwer geschädigt und notwendige Umbauten erschwert.

Die Krankenhausleitungen, namentlich solche der Stiftungs- und kirchlichen Anstalten, bemühen sich zwar den Grundsatz durchzusetzen, daß die Anstalten in Ausgaben und Einnahmen balancieren müßten, aber gerade aus den Kreisen der städtischen Verwaltungen wird demgegenüber immer und immer wieder hervorgehoben, daß die heutigen Krankenhäuser Aufgaben dienen, die für die Volksgesundheit so weitreichende sind, daß der Maßstab einer kaufmännischen Balancierung unter keinen Umständen angelegt werden dürfe. Gerade im Gegenteil müsse der Grundsatz sich durchsetzen, wonach eine höhere Auffassung von Wirtschaftlichkeit den Zuschuß rechtfertige und notwendig mache. Die sozialhygienischen Werte der Krankenhausbehandlung, die bei dieser Gelegenheit zutreffend betont werden, sollen in einem anderen Abschnitt dieser Abhandlung zusammenfassend dargestellt werden. Hier mag nur auf die eine Tatsache nachdrücklich hingewiesen werden, daß es bei den Krankenhäusern ähnlich liegt wie bei den städtischen Elektrizitätsanstalten, die mit Maschinen größten Umfanges nicht für den Durchschnittsbedarf, sondern für den Höchstbedarf, wie er im ganzen Jahr nur an wenigen Tagen für einige Stunden eintritt, ausgerüstet sein müssen. Auch das Krankenhaus muß für Epidemien, Massenunfälle, schwerste Eingriffe alle Einrichtungen unter allen Umständen bereithalten, selbst wenn sie innerhalb eines Jahrzehnts nur einmal für wenige Wochen erforderlich werden, und es muß den jahreszeitlichen Schwankungen Rechnung tragen, kann also nicht wie ein Wirtschaftsbetrieb mit seiner gesamten Bettenzahl jederzeit voll ausgenutzt werden.

Es gilt aber auch hier die schon oben gestreifte Tatsache, daß die Verhältnisse in den einzelnen Städten höchst ungleich liegen. In manchen Gegenden, namentlich wo kirchliche Anstalten volkstümlich sind, sucht die Bevölkerung lieber die Anstalten auf, verbleibt in ihnen länger und ist bereiter zur Zahlung, in anderen gestatten niedrigere Tarife einen besseren wirtschaftlichen Ausgleich. Schließlich spielt auch der Wohlstand, ländliche und städtische Verhältnisse und ähnliches mehr eine Rolle. Kirchliche Anstalten, die über ein anderweit

versorgtes Krankenpflegepersonal verfügen, können mit einem niedrigeren Tarif die Ausgaben balancieren als Anstalten mit sehr großem Laienpflegepersonal usf.

Wer schließlich durchaus für ein größeres Balancieren von Einnahmen und Ausgaben, als dies heute vielfach der Fall ist, eintreten will, der möge doch weiter berücksichtigen, daß die Unterschiede zwischen Einnahmen und Ausgaben noch viel größer sind, als in den gedruckten Haushalten erscheint. Die Ausgaben für Verzinsung und Tilgung der Anleihen erscheinen meist nicht im Krankenhausetat, sondern im allgemeinen Haushaltsabschnitt, und die Ausgaben für das Bureau und dessen im Einziehungsverfahren aufgewandte Kosten werden meist im Abschnitt für die allgemeinen Beamtenausgaben aufgeführt. Erst neuerdings beginnt man in Berlin auch diese Ausgaben mit einzurechnen und auch der Gutachterausschuß schlägt diese Art der zu treffenden Berechnung vor. Damit erhöht sich der Zuschuß für Kopf und Tag noch beträchtlich mehr in vielen Großstädten und es entstehen schwere Interessengegensätze zwischen der Tatsache des steilen Anstiegs der Zuschüsse bei wachsender Beanspruchung der Anstalten und der Notwendigkeit, die Pflegesätze so zu halten, daß sie überhaupt noch tragbar sind. Bei Selbstkosten von annähernd 10 Mark für Krankentag und Kopf ist unter den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen ein Pflegesatz von 5,40 Mark bei mehrwöchigem Krankenhausaufenthalt kaum mehr erschwingbar.

X. Maßnahmen zur Entlastung der Träger des Krankenhauswesens.

Die Absicht der Leiter eines Krankenhauses, einerseits unnütze Inanspruchnahme zu verhüten, andererseits den einer Anstaltsbehandlung Bedürftigen den Zutritt so viel als möglich zu erleichtern, hat mit einer schwierigen Tatsache zu rechnen. Die öffentlichen allgemeinen Krankenhäuser waren von vornherein darauf eingestellt, alle Einrichtungen des Betriebes und Personals so vollständig bereitzuhalten, daß auch die umständlichsten Operationen, Nachbehandlungen oder Untersuchungsverfahren jederzeit vorgenommen werden konnten. Weiter mußten sämtliche hygienischen Einrichtungen und medizinischen Instrumente auf derjenigen Höhe gehalten werden, von der in lebensbedrohenden Fällen innerer Erkrankungen die Genesung abhängt. Das gleiche galt für die Vollständigkeit des ärztlichen und des Hilfspersonals. Die Fortschritte der hygienischen Technik und der medizinischen Instrumentenkunde hatten dazu geführt, daß diese Forderungen sich von Jahr zu Jahr steigerten, und es soll auch nicht bestritten werden, daß die leitenden Ärzte in der Bewertung neuer Einrichtungen ihre Ansprüche zuweilen auf ein Höchstmaß anwachsen ließen. Es ist dabei nicht immer berücksichtigt worden, daß außer gesundheitlichen auch soziale Gründe den Zudrang zu dem Krankenhause veranlassen. Alleinstehende, namentlich oft jüngere und abhängige Erkrankte, wie Lehrlinge, Schlafburschen, Dienstmädchen, werden dem Krankenhause zugeführt, weil für sie eine häusliche Pflege mangelt; der gleiche Grund gilt für viele alte Leute, bei denen es nicht die Krankheit, sondern in den engen Wohnungsverhältnissen der Großstadt das Fehlen von Pflege ist und die Unmöglichkeit, ein chronisches Leiden, wie das Siechtum nach einem Schlaganfall, oder eine unheilbare Nieren- oder Herzerkrankung, im Hause zu versorgen. Dazu kommt die durch die Krankheit herbeigeführte Not, die namentlich im Winter eine Reihe Verarmter, auch bei recht geringfügigen Leiden scheinbar auf das Krankenhaus verweist. Die Gemeinden haben für einen Teil dieser Erkrankungen gesetzlich und moralisch die Verpflichtung, ihnen Anstaltsbetten zur Verfügung zu stellen. Eine Magen-

und Lungenblutung z. B., die bei dem Familienoberhaupt oder seinen Angehörigen ohne weiteres und gut in der Wohnung behandelt werden könnte, zwingt diese selbe Familie dazu, ihre in gleicher Weise erkrankte Hausgehilfin der Anstaltspflege zu überweisen. Eine akute Mandelentzündung, die an sich eine Krankenhausbehandlung, selbst bei Diphtherieverdacht, keineswegs erfordert, macht eine solche notwendig, wenn es sich um ein Kindermädchen handelt. Und doch bedarf die größere Zahl dieser Kranken durchaus nicht der kostspieligen und umfassenden Einrichtungen des allgemeinen Krankenhauses, die für jedes Bett auf das Höchstmaß der Anforderungen zugeschnitten sind. Es wird also hier eine Art von Verschwendung getrieben, die dazu geführt hat, das Krankenhauswesen noch kostspieliger zu gestalten als dies an sich schon der Fall ist.

Dazu kommt ein zweiter Umstand. Die Großstädte wuchsen in der Zeit vor dem Kriege durch Zuwanderung außerordentlich schnell. Es entstanden ganz neue Industriemittelpunkte. Der Andrang nach den Großstädten hat nach dem Kriege keineswegs abgenommen. Die Großstädte waren also genötigt, in immer mehr sich überstürzender Eile neue Krankenhausbetten für den Zuwachs zu schaffen. Darüber hinaus führte die Entwicklung der Wissenschaft, namentlich der Chirurgie und der klinischen Diagnostik, dazu, daß der Andrang nach den öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern progressiv weit über die prozentuale Zunahme der Bevölkerung stieg. War eine Stadt von 300 000 Einwohnern noch vor einigen Jahrzehnten in der Lage, mit 4—5 Betten auf 1000 Einwohner auszukommen, und wuchs sie alljährlich um 8—10 000 Einwohner, so hatte sie in Abschnitten von je 5 Jahren nicht nur für 150—200 neue Krankenhausbetten zu sorgen, sondern der Bedarf war inzwischen auf 6—7 Betten gestiegen und damit die Zahl der neu erforderten Krankenhausbetten auf mehr als 300, und wenn diese eben fertiggestellt waren, so reichten sie gerade noch zur Ausfüllung der bereits stark fühlbar gewordenen Lücken aus, während sofort wieder neue Erweiterungspläne begonnen werden mußten.

Die Lasten für Bau und Betrieb der Krankenhäuser wurden deshalb bei diesen sich stetig steigernden quantitativen und qualitativen Ansprüchen bald für ihre Träger schwer erträglich und schon zu Anfang dieses Jahrhunderts erhoben sich mahnende und warnende Stimmen. Vor allem die Stadtvertretungen wurden unwillig darüber, daß neben den stetig anwachsenden Armen- und Schullasten ein drittes Gebiet, das ausschließlich Zuschußgebiet war, entstand und rasch anwuchs. Seit Anfang dieses Jahrhunderts wurden eine Reihe Besserungsvorschläge gemacht und kritisch erörtert, aber nur vereinzelt und in geringem Umfange in die Tat umgesetzt.

Der Grundgedanke ist ein *doppelter*. Auf der einen Seite soll und muß im Interesse der Erhaltung von Menschenleben und Menschenleistungen der Zugang zum öffentlichen allgemeinen Krankenhaus den durch Erkrankung Hilfsbedürftigen so leicht wie möglich gemacht werden. Auf der anderen Seite sollen alle diejenigen, die auf eine Anstaltsbehandlung mit ihren nun einmal außerordentlich teuren Einrichtungen in der Form der Höchstleistung des öffentlichen allgemeinen Krankenhauses nicht angewiesen sind, so kurze Zeit wie irgend angängig dort verweilen und dann auf einfachere Formen der Anstaltsbehandlung verwiesen werden. Die Mahnungen, die Hoffnung auf Besserung der Volksgesundheit nicht ausschließlich im „uferlosen Krankenhausbau", sondern in Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit zu suchen, sind an sich selbstverständlich gerechtfertigt, sie betreffen aber die vorliegende Frage nur zu einem kleinen Teil, denn wenn einmal die Krankheit eingetreten ist, so bleibt nichts anderes übrig, als sie so frühzeitig und so zweckmäßig

wie möglich in Behandlung zu nehmen. Wenn man an der Hand der Listen über die Beteiligung der einzelnen Krankheitsgruppen an der Belegung der Krankenhäuser sich ein Urteil bildet, so ergibt sich folgendes: Die akuten Infektionskrankheiten sind an Erkrankungszahl in Deutschland außerordentlich stark abgesunken. Demgegenüber ist erfreulicherweise die Neigung der großstädtischen Bevölkerung, frühzeitig und umfassend die Anstaltsbehandlung zu beanspruchen, in so starker Zunahme, daß die absolute Zahl der wegen akuter Infektionen der Anstalt Zugehenden nicht abgesunken ist. In der Berechnung auf 100 Insassen ist allerdings relativ eine Abnahme eingetreten, aber nur deshalb, weil die Zahl der nicht ansteckenden Organerkrankungen, vor allem der wegen Erkrankungen des Verdauungsapparates, den Krankenhäusern zugehenden Patienten außerordentlich stark angestiegen ist. Der Grund ist ersichtlich. Die Diagnose eines ernsteren Leidens und die Ausdehnung der chirurgischen Behandlung gerade dieser Erkrankungen hat diese Zunahme bewirkt.

Die Änderungen gehen aus der folgenden Tabelle für Berlin deutlich hervor:

Auf 1 Million Einwohner kamen:

	1885	1890	1900	1917
1. Entwicklungskrankheiten	605	1 132	1 678	1 080
2. Infektions- und allgemeine Krankheiten	10 872	11 812	13 027	21 305
3. Krankheiten des Nervensystems	2 125	2 511	3 335	2 591
4. „ der Atmungsorgane	5 953	6 073	6 555	3 331
5. „ „ Zirkulationsorgane	1 210	1 721	2 222	2 965
6. „ des Verdauungsapparates	3 704	3 835	5 084	8 852
7. „ der Geschlechtsorgane	3 132	3 792	4 405	6 917
8. „ „ äußeren Bedeckungen	3 423	3 215	3 344	4 669
9. „ „ Bewegungsorgane	2 837	2 764	3 059	1 400
10. Mechanische Verletzungen	3 235	3 406	3 829	3 245
11. Andere Erkrankungen	283	291	407	647
	38 002	41 284	51 289	57 834

Der soeben erschienene erste Verwaltungsbericht der neuen Stadtgemeinde Berlin bringt in absoluten Zahlen die Verteilung der Zugänge auf die einzelnen Krankheitsgruppen für 1922 und 1923, aus denen wir in der obigen Tabelle die Werte auf 1 Million Einwohner errechneten. Aus der Gegenüberstellung der beiden Jahre ergibt sich als Nebenbefund recht eindrucksvoll auch die Krankenhausflucht infolge des Währungsverfalls, die stärker noch in der höheren Letalität, als in der Verminderung der Zugänge hervortritt. Die Tabelle führt auch die Letalität der einzelnen Krankheitsgruppen in Prozenten auf.

Zugänge der einzelnen Krankheitsgruppen auf 1 Million Einwohner:

	1922	Letalität in %	1923	Letalität in %
Entwicklungskrankheiten	584	18	614	23
Infektionskrankheiten	7 245	16	6 318	17
Sonstige allgemeine Krankheiten	1 633	23	1 609	27
Krankheiten des Nervensystems	1 579	18	1 463	20
„ der Atmungsorgane	1 547	16	1 336	25
„ „ Kreislauforgane	1 136	28	1 125	30
„ „ Verdauungsorgane	3 308	9	3 188	12
„ „ Harn- u. Geschlechtsorgane	3 279	5	3 048	5
„ „ äußeren Bedeckungen	1 760	3	1 627	3
„ „ Bewegungsorgane	637	3	670	3
Verletzungen	1 862	7	1 519	8
Sonstiges, Entbindungen	516	3	854	2
Alle Krankheiten	25 092	12,8	23 405	14,5

Beide Tabellen lehren zudem den außerordentlich hohen Anteil der Geschlechtskrankheiten an der Hospitalisierung in den Großstädten, was wegen des neuen Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wichtig ist.

Die Vorschläge, um die Kosten des Krankenhauswesens erträglicher zu machen, erstrecken sich auf *Bau* und *Betrieb*. Was den Bau betrifft, so hatte Krohne[1]) im Jahre 1911 in einer amtlichen Denkschrift darauf hingewiesen, daß mehrfach eine Verschwendung in der Ausstattung um sich gegriffen habe, die die Kosten für das Bett erheblich gesteigert hätte. Er wies nach, daß es möglich sei, einfachere Anstalten unter Verzicht auf viele äußere Ansprüche herzustellen, die doch ihren Zweck vollkommen erfüllten, und führte auf Grund eigener Besichtigungen eine Anzahl von Anstalten, namentlich Knappschaftsanstalten, in Wort und Bild vor. Seine Darlegungen und Forderungen entfesselten einen Sturm der Abwehr in den Kreisen der Städtebaumeister und es wurden eine Reihe Einwände gegen die Unterlagen der Beweisführung von Krohne erhoben. Richtig ist ja, daß Knappschaftskrankenhäuser ein einseitigeres Material als allgemeine Anstalten aufnehmen und deshalb verhältnismäßig günstiger hergestellt werden können; aber ein größerer Teil der Einwände traf nicht zu, denn Krohne hatte ausdrücklich zwischen Anstalten, die nur der Behandlung, und solchen, die gleichzeitig dem Unterricht und der Forschung dienten, unterschieden und für letztere natürlich höhere Kosten anerkannt. Wogegen er sich grundsätzlich wandte, war nur entbehrliche Verschwendung in Raum und Ausstattung.

Der Krieg unterbrach die Erörterungen. Die Notwendigkeit, bei Neu- und Umbauten sich auf das Dringendste zu beschränken, hat diese Frage gegenstandslos gemacht. Im übrigen aber sind nicht die Baukosten das Entscheidende, sondern die Betriebskosten. Zu deren Herabsetzung wurden folgende Fragen Gegenstand der Erörterung. Schon im Jahre 1905 wies Gottstein[2]) darauf hin, daß, wie schon an anderer Stelle dieser Abhandlung ausgeführt, die großen allgemeinen Krankenhäuser eine Reihe von Kranken mitschleppten, für die die Bereitstellung aller, auch der für die schwierigsten Fälle notwendigen Einrichtungen eine Verschwendung bedeutete. Er schlug damals Leichtkrankenhäuser vor, die in Ausstattung und Betrieb einfacher gehalten werden konnten. Im Jahre 1910 beschäftigte sich nach einem Vortrag von Grober der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege mit dieser Frage auf seiner Tagung in Elberfeld und Grober stellte die folgenden Leitsätze auf:

1. Die natürlicherweise gestiegenen Kosten der Einrichtung und des Betriebes von allgemeinen Krankenanstalten und ihre mögliche weitere Steigerung weisen auf die Notwendigkeit hin, dieselben von denjenigen Kranken zu entlasten, die die kostspieligen Einrichtungen derselben nicht nötig haben. Dies sind vorwiegend Leichtkranke bestimmter Art, namentlich Genesende und chronisch Kranke, Sieche, für die besonders einfachere Anstalten errichtet werden können.

2. Neben vielen Gründen für die Errichtung solcher Anstalten sprechen eine Reihe gewichtiger Gründe dagegen: die schwierige Leitung größerer Mengen *halb*gesunder und *lange* kranker Individuen, die Gefahr der psychischen Übertragungen von Krankheitssymptomen bei nervösen Menschen, die mögliche Verlängerung des Krankenhausaufenthalts durch die Aufnahme in zwei Anstalten, die sozial vielfach traurigen Zustände der Siechenanstalten.

3. Die bisher bestehenden Anstalten dieser Art, die in verschiedenen Ländern sehr verschieden sind, genügen namentlich deshalb den an sie stellenden Ansprüchen nicht, weil sie sich zum Teil in nicht mehr hygienisch einwandfreiem Zustande befinden; außerdem wird ihre zweckmäßige Benutzung dadurch erschwert, daß sie sich in verschiedenen Händen befinden. Einheitlichkeit des gesamten Krankenhauswesens der Kommune oder einer staatlichen Einheit durch einen hierzu geeigneten Arzt ist dringend wünschenswert.

[1]) Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens Bd. II, S. 43. 1913.
[2]) Dtsch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 22/23.

4. Bei der Errichtung einfacher Krankenanstalten für Leicht- und Chronischkranke ist es Aufgabe des Arztes, anzugeben, welche Einrichtungen und hygienische Vorschriften für diese Kranken notwendig, welche entbehrlich sind. Danach werden Architekt und Verwaltung sich richten.

5. Die Frage, ob derartige Anstalten sich räumlich an vorhandene oder zu erbauende Krankenanstalten anschließen, oder ob sie entfernt von denselben und außerhalb der Großstädte auf dem Lande errichtet werden sollen, muß nach örtlichen Verhältnissen entschieden werden. Bei größerem Bettenbedarf ist das letztere Verfahren vorzuziehen; dazu schließen sich vorteilhaft mehrere — besonders kleinere — Kommunen genossenschaftlich zusammen.

6. Die notwendigen Bauten sollen einfach, dauerhaft, geeignet zu dauernder Sauberhaltung, hergestellt werden, bei den Häusern für Leichtkranke mehr als Wohnbauten, bei denen für Chronischkranke als Pflegehaus. Mehrstöckige Kastenbauten im Sinne des modernen Korridorsystems sind durchaus zulässig. Von den in allgemeinen Krankenanstalten notwendigen Räumen sind eine ganze Reihe hier entbehrlich. Zentralisation der Behandlung für alle Kranken der ganzen Anstalt in besonderen ärztlichen Räumen ist vorteilhaft. Nur für chronisch Tuberkulöse müssen in einem besonderen Hause Desinfektionseinrichtungen einfacher Art geschaffen werden.

7. Besondere wissenschaftliche Einrichtungen neben den Behandlungsräumen sind entbehrlich. Dringend empfehlenswert ist die sorgfältige pathologisch-anatomische Untersuchung der Verstorbenen durch eine besondere Prosektur, die jedoch gegebenenfalls mit derjenigen der zugehörigen allgemeinen Krankenanstalten verbunden werden kann.

8. Voraussetzung für die Vereinfachung des ärztlichen Dienstes in diesen Anstalten für Leicht- und Chronischkranke ist, daß alle dort Aufgenommenen die allgemeinen Krankenanstalten als Durchgangs- bzw. Untersuchungsstation passiert haben. Die Verbindung beider Anstalten kann nicht eng genug gestaltet werden. Am zweckmäßigsten ist der Leiter der allgemeinen Krankenanstalten, der, wenn irgend möglich, Arzt sein soll, gleichzeitig Leiter der Anstalten für Leicht- und Chronischkranke, so daß Behandlungsart, Dauer des Aufenthalts, Kontrolle des Personals und Disziplinierung des Betriebes gleichmäßig in einem Sinne erfolgen kann. Es bedarf dazu einer vorgebildeten und besonders geeigneten ärztlichen Persönlichkeit.

9. Der enge Zusammenhang zwischen beiden Anstalten ist auch wirtschaftlich bei der Beschaffung der Materialien, Nahrungsmittel usw. von großem Vorteil. Es ist anzustreben, daß sowohl Leicht- wie Chronischkranke zu Arbeiten für die Anstalten angehalten werden.

10. Die Kosten der Anstalten für Leicht- und Chronischkranke werden unter der Voraussetzung der Vermeidung jeden Luxus erheblich geringer sein als die heute für die allgemeinen Krankenanstalten anzusetzenden. Man wird je nach dem Bodenwert mit einem Bettpreis von 3000 bis höchstens 4000 Mark nebst Einrichtung zu rechnen haben. Die Betriebskosten werden ebenfalls erheblich sinken.

11. Die Errichtung von einfachen Anstalten für Leicht- und Chronischkranke wird die Herstellung und Beibehaltung der allgemeinen Krankenanstalten nicht überflüssig machen, aber sie wird ihnen diejenigen Kranken, die ihrer kostspieligen Einrichtungen nicht bedürfen, entziehen, so daß eine langdauernde Entlastung der allgemeinen Krankenanstalten zu erwarten ist. Unter der Voraussetzung, daß die letzteren die modernen Anforderungen der Wissenschaft und Hygiene erfüllen, werden somit Kosten für Neubauten und Betrieb erheblich vermindert werden können.

Inzwischen ging Charlottenburg mit der Errichtung von Leichtbauten vor. Die Leichtbauten können im Bau und in der Installation einfacher gehalten werden, es ist ein Mittelkorridor zulässig. Ihr Zweck ist, ausschließlich solche Kranke aufzunehmen, die aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen noch nicht entlassungsfähig sind, die aber nur etwa einen Verbandwechsel, eine Strahlenbehandlung, eine Massage oder ähnliches zur Nachbehandlung brauchen, bei denen also dem Aufenthalt im Krankenhause dadurch genügt wird, daß sie eine Schlafstätte und Erholungsmöglichkeiten haben. Es genügt, wenn der Arzt des Nachbarpavillons einmal täglich hindurchgeht, auch um bei drohenden oder eingetretenen Rückfällen die Rückverlegung zu veranlassen. Auch Zahl und Dienst der Schwestern sind wesentlich vereinfacht. Aus diesem Grunde ist es für größere allgemeine Krankenhäuser zweckmäßiger, die Leichtbauten auf dem Grunde der Krankenanstalt selbst und nicht von ihr entfernt zu errichten, denn andernfalls müßten eine Reihe Einrichtungen doppelt beschafft werden oder weite Wege von den Kranken zur Anstalt zurückgelegt werden.

Die in Charlottenburg gewählte Lösung ist nicht die einzige, kann aber als eine für die Mehrzahl der Aufgaben besonders bequeme hingestellt werden. Das rechtfertigt eine ausführlichere Darstellung in Wort und Bild. Von der Wiedergabe der Einzelkosten ist abgesehen, weil die vor 15 Jahren aufgewendeten Summen heute nicht mehr gelten. Es genügt die Hervorhebung der Tatsache, daß auf das Bett mit Inventar 4032 Mark kamen, während für die ersten Bauteile des 12 Jahre früher hergestellten allgemeinen Krankenhauses die Summen 9081 Mark für den Bau und 1052 Mark für die innere Einrichtung auf das Bett gerechnet betrugen. Hierbei muß natürlich berücksichtigt werden, daß diese Leichtbauten an sehr viele Einrichtungen der Gesamtanstalt (Küche, Wäscherei, Laboratorium) angeschlossen sind, ohne daß die in der Bausumme zum Ausdruck kommt, dafür aber setzt andererseits ihr Einbezug die Gesamtkosten für Bau und Betrieb der ganzen Anstalt herab.

Die Anlage (s. Abbildung 1) besteht aus zwei, völlig voneinander getrennten Häusern, die außerhalb der Krankenpavillons in der Nähe der Wirtschaftsgebäude, inmitten von Gartenanlagen, errichtet wurden. Die Hauptfronten sind von den Wirtschaftsgebäuden abgewendet, nach deren Seiten nur einige Fenster untergeordneter

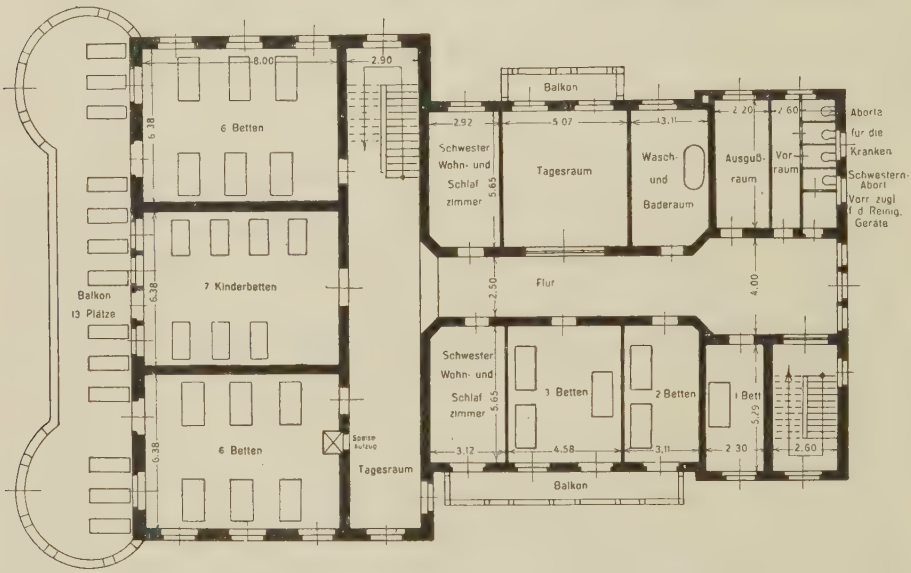


Abb. 1. Haus für Leichtkranke (Pavillon 18 zu 60 Betten) auf dem Krankenhausgrundstück in Westend-Charlottenburg, 1. Obergeschoß. (Aus Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens, III. Jena: Gustav Fischer.)

Nebenräume liegen. Der Abstand von der Wirtschaftsgruppe beträgt 30 m, der der beiden Krankengebäude voneinander 25 m. Beide Häuser enthalten je 60 Betten, das südliche ist für Frauen und Kinder, das andere für Männer und ältere Knaben bestimmt. Jedes Haus besteht aus einem Kellergeschoß und drei voll ausgebauten Obergeschossen. Der westliche Bauteil ist noch um ein Dachgeschoß höher geführt, das zur Herstellung von Personalwohnräumen beansprucht wurde. Das Kellergeschoß enthält Bade-, Wäsche- und Utensilienräume, einen Umkleideraum für entlassungsfähige Kranke und die erforderlichen Nebenräume. In den Obergeschossen befinden sich an der Süd- und Westseite die Krankenräume und an der Nordseite die Dienstzimmer, Wasch-, Ausguß- und Aborträume. An der West- und Nordseite befinden sich die Tageräume, von denen die im ersten Obergeschoß befindlichen zugleich als Speiseräume dienen; für den im Erdgeschoß gelegenen ist noch eine Anrichte- und Spülküche vorgesehen, mit der ein Speiseaufzug in das erste Geschoß sich verbindet. Offene Hallen und Balkons sind mehrfach vorgesehen, so daß reichlich die Hälfte aller Kranken mit ihren Liegestühlen dort untergebracht werden kann. Für Erwachsene sind für das Bett mindestens 30 cbm Luftraum mit 8 qm Grundfläche, für Kinder 25 cbm und 7 qm gerechnet. Die Krankenräume mit Einzelbetten besitzen mindestens 10 cbm Luftinhalt bei 11—12 qm Grundfläche. Die Größe der Tageräume hat 2 qm Zimmergrundfläche für das Bett zur Voraussetzung. Es sind Mittelflure eingerichtet, die bei der annähernd quadratischen Anlage des Querschnittes ausreichend Licht- und Luftzufuhr haben. Die Höhen betragen in allen Geschossen für Kranken- und Tageräume 3,50 m im Lichten. Die

Krankenzimmer sind für einen, zwei, drei und sechs Kranke eingerichtet. Im Gesamtdurchschnitt kommen auf den Kranken 10 qm Bodenfläche gegen 17 in den Hauptabteilungen. Die wirtschaftliche Versorgung der Häuser erfolgt von den vorhandenen Betriebszentralen. Die Erwärmung geschieht durch Niederdruckdampfheizung. Für die Ventilation sind Abluftkanäle angebracht, die die verbrauchte Luft durch Kanäle in die Mittelmauern abführen. Sie werden im Dachgeschoß gesammelt und in einem Schacht hochgeführt, der über dem First als Dachreiter endet. Die Heizungszentrale befindet sich in dem vorhandenen Kesselhaus, in dem nur die Aufstellung eines neuen Heizkessels notwendig wurde. Auch in der Küche mußten einige Kessel mehr eingestellt werden, während im Waschhaus nichts vergrößert zu werden brauchte. Waschbecken, Badewannen, Abortanlagen wurden in dem gleichen Material wie in den übrigen Pavillons hergestellt. Die dort angebrachten Einrichtungen für Sterilisierung, Wäschedesinfektion usw. fielen fort. Die architektonische Ausgestaltung der Häuser ist der der übrigen Anlagen zwar angepaßt, hat dabei aber mehr einen Wohnhauscharakter. Die äußere Sockelfläche ist bis Deckenhöhe aus hellroten Ziegeln hergestellt, die darüber befindliche Fläche mit wetterfestem Mörtel geputzt. Die Dachflächen erhielten naturrote Biberschwänze in Doppeldeckung. Die Gartenflächen zwischen beiden Häusern bekamen gegen den Wirtschaftsverkehr einen Abschluß aus gemauerten Pfeilern und dazwischenliegendem Spalier mit reichlichem Pflanzenwerk. Zur Beaufsichtigung der Kranken bedurfte es der Neueinstellung eines Beamten und von vier Schwestern. Für die Arbeit waren ein Hausdiener und zwei Hausmädchen mehr einzustellen. Für die Wirtschaftszentrale bedurfte es eines Heizers (Handwerker), zweier Hausmädchen, dreier Waschmädchen, einer Näherin; eine Vermehrung des Ärztepersonals war nicht erforderlich. Der Zusammenhang mit den übrigen Abteilungen ermöglicht die gleichzeitige Unterbringung von Leicht- und Chronischkranken, von Patienten der inneren und chirurgischen Station in denselben Räumen, wofern sie nicht bettlägerig sind. Die Kranken können zugleich beschäftigt und zu kleinen Arbeiten herangezogen werden.

Die Leichtbauten innerhalb des Krankenhausgebildes haben den einen Nachteil, daß im Fall von zeitweiligem oder dauerndem Bettenmangel sie zur Belegung mit ernster Erkrankten mit herangezogen werden. Dazu eignen sie sich unter keinen Umständen. — Ein weiterer Vorteil der Unterbringung innerhalb des großen Krankenhausbetriebes aber ist die Unterstellung unter den dirigierenden Arzt, der somit die Möglichkeit hat, Genesende von seiner Station zu verlegen. So notwendig ein umfassenderer Ausbau von Leichtkrankenhäusern wäre, so haben sich bis jetzt nur wenige Städte dazu entschlossen.

Eine *zweite* Möglichkeit der Entlastung von Anstalten ist die einer engen Zusammenarbeit mit *Genesungsheimen* einfacheren Typs, sei es, daß diese von den Trägern der sozialen Versicherung, von den Gemeinden oder von Wohlfahrtseinrichtungen errichtet und betrieben werden. Ist diese Zusammenarbeit gesichert, so kann mindestens die innere Station sehr rasch von einem Teil ihrer Kranken entlastet werden, die sonst viel länger hätten dort verbleiben müssen.

Auch die Entlastung von *chronisch Kranken*, die zwar der Behandlung bedürfen, aber einer Heilung nicht mehr zugänglich sind und verhältnismäßig einfache ärztliche Behandlung erfordern, ist notwendig. Hier kommen die sämtlichen Stationen in Betracht. Diese Frage ist in dem Aufsatz von Goldmann eingehend erörtert worden.

Eine weitere Entlastungsmöglichkeit besteht in der Angliederung von *Ambulatorien oder Polikliniken*. Sie ist in England und namentlich in Amerika sehr allgemein. Für eine solche Ergänzung setzen sich die Sachverständigen mancher politischen Parteien ein und gerade durch dieses Eintreten ist eine gewisse Schwierigkeit in der Lösung der Frage entstanden. Dagegen treten häufig die ärztlichen Vereinigungen auf in der irrigen Meinung, daß ihnen eine gewerbliche Einbuße auferlegt wird durch Monopolisierung der Behandlung ambulant Erkrankter, die schon grundsätzlich abgelehnt werden müsse. Dieser Standpunkt ist mißverständlich und überall, wo der städtische Sachverständige sich mit den Führern der Standesvereinigungen ins Einvernehmen gesetzt hat, auch überwindbar gewesen. Es handelt sich keineswegs darum, die Tätigkeit der Krankenanstalten auch auf die nicht aufenthaltsbedürftigen Kranken aus-

dehnen zu wollen. Das ist schon aus Gründen der allgemeinen Politik und Krankenhausfinanzierung abzulehnen, aber ein Teil der Kranken, auch wenn sie ein eigenes Heim besitzen, bedarf der instrumentellen Nachbehandlung für längere Zeit. Sie gehören entweder zu den Unterstützungsbedürftigen oder sind durch längere ernste Erkrankungen wirtschaftlich in Schwierigkeiten; die Mehrzahl von ihnen bildet also nicht einmal den Gegenstand ärztlicher Einnahmemöglichkeiten. Soweit sie Versicherte der Krankenkasse sind, besteht an sich kein Bedenken, sie den Kassenärzten zu überweisen, aber es handelt sich ja in der überwiegenden Mehrzahl aller dieser Fälle um die Behandlungsbedürftigkeit durch Apparate, die meist nur im Krankenhause vorhanden und nur dort bedient werden können und über die nur wenige Fachärzte, kaum je aber der Kassen-, Armen- oder Privatarzt, verfügen. Außerdem kommen ärztliche Apparate in Betracht, die im Krankenhaus nicht einmal immer voll ausgenutzt werden. Zu verlangen, daß diese Kranken, die an sich nicht mehr anstaltsbedürftig sind, die Betten der Anstalt anderen bedürftigeren Kranken fortnehmen, bloß um des Grundsatzes halber, daß im Krankenhaus kein Ambulatorium bestehen dürfe, bedeutet eine wirtschaftliche Verschwendung.

Durch alle diese geschilderten Maßnahmen kann das erreicht werden, worauf es ankommt, nämlich die Herabsetzung der Aufenthaltszeit des einzelnen Kranken in der Anstalt. An sich muß zugegeben werden, daß bei ungenügender Kontrolle da und dort ein Bruchteil der Kranken aus verschiedenen Gründen allerdings länger in der Anstalt verweilt, als im gesundheitlichen Interesse unbedingt erforderlich ist. Wo es sich um wirtschaftliche Gründe handelt, weil die häuslichen Verhältnisse bei ungenügender oder überfüllter Wohnung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der Entlassung befürchten lassen, ist ein längerer Aufenthalt innerhalb nicht zu weiter Grenzen gerechtfertigt, ebenso in Fällen der Schwächung des Gesundheitszustandes durch längere und ernstere Krankheit, in denen selbst bei gut ausgebildeter sozialer Krankenhausfürsorge die Kräfte für den Erwerb noch nicht ausreichen; und drittens soll ohne weiteres zugegeben werden, daß rein medizinisch interessante Fälle, bei denen ein neues Heilverfahren sich bewährt oder besondere Vorgänge von Interesse für wissenschaftliche Arbeiten sind, bei den behandelnden Ärzten die Neigung erwecken, sie länger da zu behalten als erforderlich ist, um die Beobachtungen abzuschließen. Gewiß kommt auch in einem großen Bruchteil dieser Fälle der wissenschaftliche Gewinn dann der Allgemeinheit zugute und rechtfertigt damit den längeren Aufenthalt. Aber dieser Gesichtspunkt darf nicht zu sehr ausgenutzt werden und eine Überwachung durch den dirigierenden Arzt und sachverständigen Krankenhausdezernenten, die Führung von Listen, in denen die Gründe für überdurchschnittlichen Aufenthalt angegeben sein müssen, sichern ausreichend vor mißbräuchlicher Ausdehnung dieses Vorgehens. Dabei aber darf, wie später ausgeführt, die Entlassung niemals erfolgen, wenn es zwar der augenblicklich gebesserte Gesundheitszustand allenfalls gestattet, wenn demgegenüber aber der Rückfall in verschlechterten Zustand durch ungünstige häusliche Verhältnisse oder Berufsschäden zu befürchten ist.

Nur eine Verkürzung des durchschnittlichen Aufenthaltes, gemessen an der Belegzahl der ganzen Anstalt, ist eine Maßnahme zur Verbilligung des Betriebes, und alle die geschilderten Einrichtungen tragen dazu bei, dies zu erreichen.

Daneben bedarf es einer steten Kontrolle über den Verbrauch an Nahrungsmitteln, Verbandstoffen usw., die nicht kleinlich zu sein braucht und sich auf durch Erfahrungen gewonnene Normen stützen muß. Ohne eine solche stete Überwachung durch die Verwaltung reißt sonst sehr leicht Nachlässigkeit und Verschwendung ein. Schon bei der Neueinstellung von Assistenten und Schwestern

tritt im Anfang, ehe sie eingelebt sind, erfahrungsgemäß nicht zu selten ein Überverbrauch an allen diesen Hilfsmitteln ein. Das ist nicht zu vermeiden und muß durch Erziehung eingedämmt werden; aber darüber hinaus muß ein verständnisvoll und nicht engherzig wirkender Verwaltungsbeamter in steter Listenführung sich den Überblick über den Verbrauch erhalten und an den zuständigen Stellen bei Überschreiten energisch eingreifen.

Das gleiche gilt noch mehr von dem Verbrauch an Wasser, Heizmaterial, Beleuchtung. Hier kann und muß schon bei der ersten Anlage unter Benutzung der Grundsätze der Heiztechnik usw. dafür gesorgt werden, daß der Betrieb wirtschaftlich bleibt. Aber die Neigung zum Überheizen, die in vollkommenem Widerspruch zu hygienischen Forderungen steht, ist in manchen Anstalten, weil bequem, vorhanden und gerade hier ist mehr als je von Verwalter, dirigierendem Arzt, Oberschwester strenge Aufsicht zu führen. In den guten Zeiten vor dem Kriege hatte man bei Anschaffungen der Gebrauchsgegenstände, wie Betten, Tische, Eß- und Trinkgefäße usw., durch Ausschreibungen gar keine Rücksicht auf Verbilligung schon in der Industrie genommen. Gegenwärtig bestrebt man sich nach amerikanischem Muster, hier die Zahl der Gebrauchsformen durch *Normisierung* oder *Typisierung* einzuschränken. Wenn in einer großen Stadt in mehreren Krankenhäusern jede Anstalt oder gar jede Station eine nach Gutdünken des Augenblicks gewählte Form eines Gebrauchsgegenstandes angeschafft hat, und wenn dann Nachbeschaffungen, wie Matratzen, Ergänzungen der Speisegeräte usw., erforderlich werden, so verteuert sich bei Vorhandensein zu vieler Typen die Nachbeschaffung ganz außerordentlich. In Zusammenarbeit mit der gesamten Industrie hat deshalb neuerdings der Gutachterausschuß für das Krankenhauswesen einen *Normenausschuß* eingesetzt (S. 12), der die in Betracht kommenden praktischsten Gebrauchsformen feststellen und nur einige wenige Typen auswählen und empfehlen soll. Seine Arbeit wird sich auch auf Verbandmaterial und Instrumente und größere Heilapparate erstrecken. Während für eine Normisierung von Gebrauchsgegenständen der genannten Art die Aussichten sehr günstig sind, muß man doch für Verbandmaterial, Instrumente und Behandlungsapparate, die außerordentlich verschiedenen und mannigfaltigen Indikationen, die Chirurgie, Urologie, Orthopädie usw. stellen, berücksichtigen. Für diese Gebiete sind daher den Bestrebungen der Normisierung Grenzen gezogen.

Ein *letztes* Mittel, um eine Überbelastung der Krankenhäuser zu verhüten, ist eine sorgfältige *Kontrolle der Aufnahmen*. Auch hier spielen Erfahrung, ärztliches Wissen und soziales Verstehen eine große Rolle. Man sollte im Zweifel über die Aufnahmebedürftigkeit nicht nur den augenblicklichen Befund, sondern auch die Möglichkeit des Entstehens einer Lebensgefahr bei Aufnahmeverweigerung berücksichtigen und muß auch in gewissen Grenzen neben der ärztlichen eine soziale Indikation zur Aufnahme anerkennen. Auf der anderen Seite ist es ja bekannt, daß aus Gründen, die außerhalb der ärztlichen Behandlungsbedürftigkeit liegen, bei wirtschaftlichen Notständen und ungünstigen Jahreszeiten, der Andrang aus solchen gesundheitlich nicht auf der Höhe stehenden Bevölkerungsgruppen ein unzulässig hoher ist. Auch hierfür bringt die Abhandlung von Goldmann eine große Anzahl von Belegen. Eine übertriebene Nachsicht gegenüber diesen Gruppen führt unfehlbar zu einer Belastung der Anstalten in finanzieller Hinsicht, die sie nicht tragen können, und zu einer übertriebenen Beanspruchung der Betten, die Bedürftigeren entzogen werden. Ein erfahrener Krankenhausleiter wird nach wenigen Beobachtungstagen solche Insassen seiner Abteilung unter allen Umständen entlassen müssen. Aber alle diejenigen Kreise, welche für die Bewilligung von Mitteln zuständig sind und

die Pflicht haben, einer Verschwendung dieser an sich schon überaus drückenden Gelder entgegenzuwirken, müssen bedenken, daß ein Krankenhaus niemals wie eine wirtschaftlichen Zwecken dienende Anstalt ausgenutzt werden darf. Das Krankenhaus muß in erträglichen Grenzen für die Steigerung des Bedarfs in den Wintermonaten und für die Aufnahme von zahlreicheren Kranken bei Massenunfällen und Epidemien mäßigen Grades vorbereitet sein. In Zeiten normalen oder günstigen Gesundheitszustandes wird es also immer Zeitabschnitte geben, in denen es wirtschaftlich gar nicht voll ausgenutzt werden kann.

XI. Das Krankenhaus im Dienste der Forschung und des Unterrichtes.

Seit zu Ende des Mittelalters die Medizin wieder wissenschaftlich betrieben und an Universitäten gelehrt wurde, stellte man die Krankenhäuser in den Dienst des Unterrichtes. Ja selbst für Männer wie Virchow bestand bis vor wenigen Jahrzehnten die Aufgabe des Krankenhauses nur in der Pflege von hilflosen Schwerkranken und im Unterricht an angehende Ärzte. In der Einleitung wurde schon hervorgehoben, daß diejenigen Krankenhäuser, die für die Ausbildung der jungen Mediziner bestimmt sind und als Lehranstalten betrieben werden, unter der Leitung der Unterrichtsverwaltung stehen, aber es muß hier wiederholt werden, daß sie auch in der Auswahl der Kranken etwas anders eingestellt sind. Sie dürfen eine Auswahl nach den Aufgaben des Unterrichtes treffen, dürfen Kranke, die für solche Zwecke geeignet sind, länger behalten, als es im Interesse der Genesung erforderlich ist, und dürfen Kranke, die für Unterrichtszwecke nicht oder nicht mehr in Betracht kommen, ablehnen oder verlegen. Als Gegenleistung dient, daß sie solchen Kranken gegenüber in den Gebührenforderungen Herabsetzungen und Erlasse eintreten lassen können. Es läßt sich nicht leugnen, daß dadurch eine von den Leitern anderer Krankenanstalten, namentlich von den Trägern von Wohlfahrtsanstalten, schwer empfundene Unterbietung stattfinden kann, die die Allgemeinheit insofern interessiert, als auch jene anderen Anstalten unbedingt unentbehrlich sind und deshalb erhaltungsfähig bleiben müssen. Aber namentlich an kleineren Universitäten wird sich an der Tatsache selbst, daß Krankenanstalten, die zugleich Lehrzwecken dienen, dieses Ziel immer im Auge halten müssen, grundsätzlich nicht viel ändern lassen und nur der Weg möglichster gegenseitiger Rücksicht beschritten werden können.

Eine andere Frage aber ist die der Benutzung Leidender zu Unterrichts- und Forschungszwecken. Vor einigen Jahrzehnten war eine strenge Trennung durchgeführt, nach der die Träger öffentlicher Anstalten als Bürgerkrankenhäuser ihren Insassen zusicherten, daß ihre Ausnutzung zu Unterrichts- und Forschungszwecken nicht in Frage käme, demzufolge aber war auch recht strenge jede Tätigkeit der Ärzte, bei der am Krankenbett unterrichtet wurde, sowie Forschungsversuche am Krankenbett selbst untersagt. Das Einhalten dieser Zusagen wurde durch die politischen Parteien von selbst automatisch überwacht. Heute ist der Standpunkt ein etwas anderer. Auch in städtischen Krankenhäusern, namentlich außerhalb der Universitätsorte, wird Unterricht an Schwestern und Fortbildungsunterricht an diese und an Ärzte erteilt. Größere Anstalten besitzen umfassend angelegte Laboratorien, vor allem findet sich vielfach bei Kranken, besonders auch des weiblichen Geschlechtes, ein größeres Verständnis und Entgegenkommen für die Notwendigkeiten der Ausbildung, der Untersuchungen zu Forschungszwecken und für den Nutzen, den ihr Einverständnis der Allgemeinheit bringt.

Es braucht nicht erst ausdrücklich gesagt zu werden, daß bei einem Gegensatz zwischen den Interessen der Forschung und der Rücksicht auf Genesung und Befinden des Kranken unter allen Umständen und an jeder Anstalt die letzteren Gesichtspunkte in den Vordergrund zu treten haben, daß auch für den Arzt als Forscher und Lehrer der Satz gilt: „Zuerst nicht schaden!" und daß die Ausnutzung von Schutzlosen und Unmündigen in mißbräuchlicher Form zu verwerfen und strenge zu rügen ist. Der Leiter einer Abteilung wird gut tun, bei dem wissenschaftlichen Eifer manches jungen Forschers grundsätzlich Richtlinien aufzustellen und deren Einhaltung zu überwachen. Das gilt nicht nur für das Experiment als solches, das nur angestellt werden sollte, wenn es in der Richtung der Behandlung des Kranken liegt und an sich keine größeren Gefahren herbeiführt als die Krankheit selbst; das gilt auch für die Erprobung von Medikamenten, die nun einmal nach Erledigung des Tierversuches nicht anders vorgenommen werden kann als in größeren Krankenanstalten, in denen Vergleiche mit anders behandelten Krankheitsfällen möglich sind. Jedesmal aber, wenn diese Grenzen nicht eingehalten oder auch nur scheinbar überschritten werden, droht ein Entrüstungssturm in der Öffentlichkeit, der nach dem Angeführten, wo er zutrifft, berechtigt ist, der aber, da es sich um Laienurteile handelt, oft genug weit über die Grenzen einer notwendigen Kritik hinausging und einzelnen Beteiligten, wie der Anstalt und sogar dem ganzen Stande, für Jahre und Jahrzehnte anhaftete.

Der Unterricht der Studierenden der Medizin erfolgt nach den Bestimmungen der Prüfungsordnung und dem von den Fakultäten aufgestellten Lehrgang in öffentlichen und privaten Anstalten und in Polikliniken in der bekannten Weise. Das Publikum, das den Kliniken und Polikliniken zugeht, findet seinen Vorteil in der diagnostischen und therapeutischen Beratung durch hervorragende Fachmänner. Die Krankenkassen benutzen im allgemeinen die Polikliniken nicht. Die Ärzte, namentlich am Orte großstädtischer Universitäten, überwachen schon ängstlich, daß ihnen zu Lehrzwecken nicht mehr Behandlungsbedürftige entzogen werden als hierfür erforderlich ist. Die schulärztliche Einrichtung dagegen benutzt in einigen Universitätsstädten die Fachpolikliniken zu diagnostischen und gelegentlichen therapeutischen Maßnahmen behandlungsbedürftiger unbemittelter Kinder.

Die Organisation des medizinischen Unterrichts soll hier nicht behandelt werden, aber die Ferien sind in den klinischen Semestern lang genug, um ausgenutzt werden zu müssen. Der Brauch, daß Mediziner in klinischen Semestern während der Ferien das Krankenhaus ihrer Vaterstadt besuchen und dort Hilfsdienste leisten, aber zugleich Erfahrungen sammeln, ist Jahrzehnte alt, und eine derartige Ausnutzung der Ferien wird für die Mehrzahl der Studierenden sogar jetzt als selbstverständlich hingenommen. Für den Stationsarzt bedeutet das meistens eine Belastung durch unzureichende Hilfe, die aber, weil als notwendig erkannt, doch ertragen wird. Die Prüfungsordnung schreibt nach beendigter Prüfung das praktische Jahr vor und die zuständige Ministerialabteilung gibt alljährlich diejenigen Anstalten und Abteilungen bekannt, die zur Annahme von Praktikanten ermächtigt sind. Die Ermächtigung hängt ab von der Erfüllung bestimmter Bedingungen, wie Größe des Krankenhausmaterials, dem Wohnen eines Arztes in der Anstalt, der Gewährleistung eines wirklichen Unterrichts. Einige Städte kommen den Bedürfnissen der Praktikanten dadurch entgegen, daß sie freie Wohnung und Verpflegung, gelegentlich auch ein kleines Taschengeld bewilligen. Der Praktikant kann schon einen Teil der Stationsarbeiten übernehmen und soll zu allen Tätigkeiten herangezogen werden. Es ist unbedingt erforderlich, zur Ausbildung von Praktikanten nicht nur die an Zahl

nicht ausreichenden Universitätsanstalten zu benutzen, denn der Lehrer verfügt oft über ein verhältnismäßig geringes Krankenmaterial, wie das nicht nur für kleinere Universitäten zutrifft, sondern auch für manche Großstädte, in denen die städtischen Krankenhäuser den Universitätskliniken durch ihren Wettbewerb an sich stark das Beobachtungsmaterial verkürzen. Und doch muß der Praktikant eine große Anzahl Fälle sehen und an den Verschiedenheiten der Krankheitsvorgänge Erfahrungen sammeln, sowie Gelegenheit haben, sich in allen täglich notwendigen technischen Handreichungen einschließlich der Krankenpflege auszubilden. Die städtischen Krankenhäuser mit ihrem oft außerordentlich vielseitigen Material, mit der stärkeren Berücksichtigung sozialhygienischer Gesichtspunkte, mit ihrer guten und strengen Ordnung, mit der Möglichkeit engerer Fühlung mit dem Kranken und seinen Angehörigen, sind eine außerordentlich wertvolle Ausbildungsstätte für die Medizinalpraktikanten geworden, auch in großen Universitätsstädten.

Für viele Sonderfächer beginnt die Ausbildung erst nach abgeschlossenem Staatsexamen; zuerst als Hilfsarzt, dann in langsamem Aufstieg während langer Jahre der Ausbildung, schließlich als Assistent oder Oberarzt. Das gilt auch für Hauptfächer, wie Chirurgie und Gynäkologie. Auch hier erfüllen die Krankenhäuser über den Unterricht der Studierenden und die Behandlung der Kranken hinaus Ausbildungszwecke und auch hier kommen neben den Universitätsanstalten als unentbehrlich die öffentlichen allgemeinen Krankenhäuser und sogar die Privatkliniken in Betracht.

Schon seit langem hat es sich herausgestellt, daß die Erforschung der beruflichen Erkrankungen und Vergiftungen auf längere Beobachtung angewiesen ist und daß es zu diesen Zwecken häufig der Überweisung in Anstaltsbehandlung bedarf, zunächst mehr im Interesse der richtigen Bewertung und Behandlung des Einzelfalles, dann aber auch im Interesse der Erfassung der Zusammenhänge von beruflicher Gesundheitsgefährdung und Krankheit und des Studiums der Früherscheinungen. Der Band II enthält zahlreiche Belege. Schon lange haben Fachärzte mit besonderem Interesse für Gewerbeerkrankungen, namentlich im Industriegebiet, durch Krankenhausstudien ihr Wissen bereichert. In Mailand wurde schon vor Jahrzehnten eine Klinik für Gewerbekrankheiten errichtet. Das neue deutsche Gesetz von 1925 (siehe Bd. II, S. 26), welches vorläufig eine bestimmte Anzahl gewerblicher Erkrankungen, wie Unfälle, meldepflichtig macht, und das voraussichtlich doch allmählich auf andere weiter ausgedehnt werden wird, beginnt schon jetzt auch seine Wirkungen auf das Krankenhauswesen zu erstrecken. Schon heute wurde es nötig, eine Reihe unklarer Fälle der Anstalt zur Beobachtung zu überweisen und Abteilungen mit größerem Beobachtungsmaterial für die Vorbildung sachverständiger Ärzte heranzuziehen. Damit ist aber auch das Interesse für die Erforschung der Zusammenhänge und die Ausbildung diagnostischer Methoden zur Erkennung der Frühstadien gewachsen. Ja in Berlin ist sogar im Auguste Viktoria-Haus in Lichtenberg ein Krankenhaus mit einer eigenen Abteilung für Gewerbekrankheiten neu errichtet worden.

Schließlich dienen die Krankenhäuser und ihr Beobachtungsmaterial der Fortbildung der Ärzte, die, wie in Band I dargestellt ist, jetzt planmäßig und umfassend organisiert ist. Diese Fortbildung findet in zweierlei Formen statt: in besonderen Unterrichtskursen von längerer Dauer über bestimmte Gebiete oder in regelmäßigen Vortragsabenden mit Demonstrationen in der Form der Vorträge in wissenschaftlichen Gesellschaften.

Als Ausbildungsstätte für *Krankenpflegerinnen* haben die Anstalten verschiedensten Charakters amtliche Eigenschaften erhalten. Seitdem eine staatliche Krankenpflegeprüfung mit vorgeschriebenem Ausbildungslehrgang, mit

Schülerinnenzeit usw. vorgeschrieben ist, und seitdem das gleiche auch für Säuglingspflegerinnen eingeführt wurde, werden diejenigen Krankenanstalten, welche die von den Vorschriften der Prüfungsordnung festgelegten Bedingungen erfüllen, als *Krankenpflegeschulen* anerkannt und zur Abhaltung von Prüfungen ermächtigt. Die Bestimmungen über Krankenpflegeschulen und Prüfungen sind in Bd. IV, S. 694 angeführt.

Die Krankenanstalten bilden so zugleich das für sie erforderliche Personal selbst heran und das gilt namentlich für die religiösen Orden und ihre Mutterhäuser. Es gibt Anstalten, die sich dagegen schützen, daß die Schwesternschülerinnen sich dem Krankenhause nur zum Zweck ihrer Ausbildung zur Verfügung stellen, während der ja die Anstalt Geduld zu üben und in Rücksicht auf die zu erwartende Anstellung Mittel aufzuwenden hat, um bald nach überstandener Prüfung die Anstalt zu verlassen und sich selbständig zu machen. Der Schutz liegt zuweilen darin, daß zwischen die zwei Unterrichtsjahre ein weiteres Jahr praktischer Betätigung eingefügt wird, eine Einrichtung, die im übrigen nur der Ausbildung des Krankenpflegepersonals zugute kommt. — Für *Irrenpfleger* besteht bisher noch keine besondere Prüfung durch staatliche Vorschriften, außer in Hamburg, doch ist durch Selbsthilfe an verschiedenen Stellen Gelegenheit, die erforderlichen Sonderkenntnisse sich anzueignen gegeben. Besonders umfassend organisiert ist die Ausbildung des Irrenpflegepersonals in Österreich. (Näheres über die Verhältnisse in Deutschland in der Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen S. 765, 1926; für Österreich ebenda, S. 766.) — Für Tuberkulosepflegepersonal hat das deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose in Fachanstalten kurze Übungs- und Ausbildungskurse eingerichtet.

Das Krankenhaus als *Hilfsmittel der Forschung* ist nun einmal bei dem naturwissenschaftlichen Charakter der Medizin für die Fortschritte der Wissenschaft unentbehrlich. Viele Fragen zweckmäßiger Behandlung und Pflege, viele Eingriffe operativen Charakters oder von verfeinerter Technik, wie sie heute z. B. für die Röntgendiagnose verborgener Körperhöhlen unentbehrlich sind, können auf ihre Brauchbarkeit und Ungefährlichkeit nur an einem großen und längeren Beobachtungsmaterial geprüft werden. Dazu bedarf es aber auch besonderer Laboratorien. Das kleine Stationslaboratorium kann nur der klinischen und therapeutischen Diagnostik dienstbar gemacht werden. Um bestimmte Fragen feinerer und komplizierterer Probleme bearbeiten zu können, bedarf es eines eigenen Anstaltslaboratoriums, das natürlich nur für größere Anstalten in Betracht kommt. Nur die pathologische Abteilung und das häufig mit ihr verbundene, zuweilen getrennte bakteriologische Laboratorium können außer den Aufgaben für das Krankenhaus selbst noch wissenschaftliche Untersuchungen zum Zwecke des Unterrichts und der Forschung anstellen. Wie weit man in der Ausdehnung dieser Aufgaben gehen will, hängt vielfach von den Einrichtungen und Mitteln der Anstalt und von der Neigung und Einstellung ihrer Leiter ab. Sehr zahlreiche Anstalten, die in erster Linie *nur reine* Heilanstalten sind, haben durch sorgfältig geführte Untersuchungen die Wissenschaft erheblich bereichert. Es wäre auch für den Fortschritt der Wissenschaften und den Nutzen, den sie den Kranken bringen, bedauerlich, wenn, natürlich unter Wahrung der immer voranstehenden Interessen des Kranken selbst, die Möglichkeiten, Zusammenhänge klarzustellen, die ein großes, dem Unterricht an sich nicht dienendes Krankenhaus bietet, ungenutzt blieben.

Da gerade ein modernes, aus vielen Abteilungen zusammengesetztes großes Krankenhaus sehr weitgehende Anforderungen an bakteriologische, pathologisch-anatomische und chemisch-physikalische Untersuchungen stellt, ist man vielfach

dazu übergegangen, solche Abteilungen in den Krankenhäusern zentral zu errichten und mit hervorragenden Wissenschaftlern zu besetzen. Da ergab es sich von selbst, daß zur vollen Ausnutzung dieser Forschungsstätten ihnen auch weitergehende Aufgaben übertragen wurden. So sind die bakteriologischen Untersuchungsstellen einiger großstädtischer Krankenhäuser auch mit den durch die Seuchengesetze vorgeschriebenen amtlichen, im Auftrage des Staates auszuführenden Untersuchungen eines größeren Bezirkes beauftragt worden und haben dadurch auch zugleich einen staatlichen Auftrag erhalten. Sie stehen dann auf einer Stufe mit den in den hygienischen Universitätsinstituten errichteten und den staatlichen Untersuchungsämtern. Ähnliches trifft für pathologische Institute und chemisch-physikalische Untersuchungsanstalten zu, die zugleich für den gesamten Bezirk auch außerhalb des Krankenhauses selbst die in ihr Bereich fallenden Untersuchungen ausführen, z. B. die anatomischen Untersuchungen an ausgeschnittenen Gewebsteilen auf Geschwulstbildung, wie sie dies zunächst für die Insassen des Krankenhauses auszuführen bestimmt sind.

XII. Rechtsfragen.

Mit dem Betriebe von Krankenhäusern sind eine größere Anzahl juristischer Fragen aus dem öffentlichen, dem bürgerlichen und dem Strafrecht verbunden. Sie spielen in der Literatur eine große Rolle, und das oft genug dann, wenn es sich um grundsätzliche Erwägungen und Entscheidungen von Gerichten mit oft großer finanzieller Tragweite handelt; auch wenn die sehr vielgestaltete Kasuistik in Betracht kommt. Einzelne Abschnitte haben von juristischen Fachmännern eine zusammenhängende Darstellung gefunden, so das Bürgerliche und das Öffentliche Recht im Handbuch von Dietrich und Grober durch Zitelmann und Stier-Somlo.

Das sehr wichtige Gebiet des ärztlichen Eingriffs in die körperliche Integrität des Menschen einschließlich der Bewertung des Experiments am Menschen und der Kasuistik nach ärztlichen Fächern ist unter eingehender Berücksichtigung der Handhabung in anderen Ländern auf 100 Seiten in dem Werk von R. Spinner: Ärztliches Recht (Berlin: Julius Springer 1914) vollständig behandelt. Die Rechtsprechung in wichtigen und grundsätzlichen Fällen für diese Frage findet sich bei Ebermayer in seinem bekannten, bei Mosse in 3. Auflage erschienenen Werk „Arzt und Patient in der Rechtsprechung". Hier wird z. B. die Stellung der Gerichte bei Verletzungen, Fahrlässigkeit und Selbstmord von Kranken behandelt (S. 94—101). Eine kurze Darstellung der Rechtslage bei ärztlichen Eingriffen gibt K. Opitz in seiner kleinen Schrift „Rechte und Pflichten der Ärzte und Zahnärzte" (Berlin: Julius Springer 1926). Er stellt den gegenwärtigen Stand dieser grundlegenden Fragen mit folgenden Worten dar:

Der Arzt (Zahnarzt) bedarf zur Vornahme eines medizinischen Eingriffs zu Heil- oder Versuchszwecken der vorherigen Einwilligung des von dem Eingriff betroffenen Kranken (auch bei Krankenkassenmitgliedern), bei geschäftsunfähigen oder beschränkt geschäftsfähigen Personen des gesetzlichen Vertreters (Vaters, Vormundes — der Ehemann vertritt hierbei *nicht* seine Ehefrau, sondern diese sich selbst). Eine Zuwiderhandlung kann als widerrechtliche Körperverletzung im Sinne der Bestimmungen der §§ 223 bis 230 StGB. angesehen werden. Bei zu weitgehenden unberechtigten Anforderungen des gesetzlichen Vertreters ist Vorsicht geboten, da der Arzt (Zahnarzt) nicht zum Nachteil des Vertretenen tätig werden darf und durch eine sachwidrige und gesundheitsschädliche Behandlung wegen vorsätzlicher Schädigung zur Verantwortung gezogen werden kann.

Die Inanspruchnahme des Arztes (Zahnarztes) oder die Aufnahme in eine Krankenanstalt enthält an sich noch nicht die Einwilligung des Kranken zu einem ärztlicherseits für nötig befundenen Eingriff.

Die Frage, ob und in welchen Fällen (Bewußtlosigkeit des Kranken, Gefahr für dessen Leben usw.) der Arzt nicht haftet, wenn er einen Kranken ohne seine Einwilligung operiert, ist nicht unbestritten. Hierüber entscheidet je nach Lage des Falles der Richter. Dieser wird darauf Rücksicht nehmen, ob der Arzt aus guten Gründen eine Einwilligung des Kranken annehmen konnte. Im allgemeinen wird bei Operationen, die zur Rettung des Lebens oder zur Vermeidung einer schweren Entstellung und ähnlichem nötig sind, bei Bewußtlosigkeit des Kranken angenommen werden können, daß sie dem vermutlichen, nicht sofort feststellbaren Willen des Kranken entsprechen. Nach § 54 StGB. liegt bei dringenden Fällen, in denen die Einwilligung wegen Bewußtlosigkeit, Narkose usw. nicht eingeholt werden kann, allerdings nur dann ein die Strafbarkeit ausschließender Notstand vor, wenn es sich um die Rettung eines *Angehörigen* aus einer gegenwärtigen Gefahr für Leib oder Leben handelt In dem Entwurf zum neuen StGB. ist aber diese Beschränkung auf Angehörige weggefallen und als Notstandshandlung vorgesehen, wenn es gilt, die gegenwärtige Gefahr eines erheblichen Schadens von irgendeinem *anderen* abzuwenden.

Wenn die Einwilligung des Kranken fehlt, wenn sie auch nach den Umständen des Falles nicht vermutet werden kann oder sogar auszuschließen ist, wenn sie auch nicht durch die Einwilligung der gesetzlichen Vertreter ersetzt werden kann und ersetzt worden ist, oder wenn der Kranke vor Beginn des Eingriffs in zurechnungsfähigem Zustande die weitergehende Operation direkt untersagt hat, ist der Eingriff rechtswidrig.

Strafbar ist jedoch nur ein rechtswidriger Eingriff, der eine Körperverletzung im Sinne des StGB. darstellt, d. h. der das körperliche Wohlbefinden des Kranken herabmindert oder aufhebt.

Neben der strafrechtlichen Verantwortlichkeit macht sich der Arzt, der gegen oder ohne den Willen des Kranken einen operativen Eingriff vornimmt — ohne Rücksicht auf die Art des Eingriffs und unabhängig von dem Erfolge der Operation —, einer unerlaubten Handlung schuldig, die ihn zum Ersatz des Schadens verpflichtet (§ 823 Abs. 1 BGB.).

Die von Opitz behandelte Frage wird ergänzt durch den neuen Entwurf zum deutschen Strafgesetzbuch, in dem der § 238 folgenden Wortlaut hat: „Eingriffe und Behandlungsweisen, die der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, sind keine Körperverletzungen im Sinne dieses Gesetzes.“ Sobald dieser Entwurf und Paragraph Gesetzeskraft erlangt haben, ist eine im Schrifttum oft beklagte Unstimmigkeit im Gesetz behoben. Die anderen Ausführungen von Opitz werden dadurch nicht berührt.

Für die soziale Hygiene hat die Mehrzahl dieser Fragen ein nicht allzu weitgehendes Interesse, mit Ausnahme einiger grundsätzlicher Erwägungen, die hier etwas eingehender behandelt werden sollen.

Daß die öffentlichen Krankenhäuser, einschließlich der Wohlfahrts- und Stiftungsanstalten, nicht nach der Gewerbeordnung behandelt werden und nicht als gewinnbringende Anstalten gelten, ist schon in der Einleitung ausgeführt worden. Demgemäß erledigt sich auch die steuerliche Behandlung, bei der die den Wohlfahrtseinrichtungen eingeräumten Vorrechte einsetzen. Dagegen werden die privaten und konzessionspflichtigen Anstalten von Ärzten als gewerbepflichtige Betriebe auch steuermäßig behandelt.

Im bürgerlichen Rechte spielt die Frage, wer als *Eigentümer* zu behandeln ist, eine große Rolle und ist dahin entschieden worden, daß die Körperschaften, die sie betreiben, rechtlich als Eigentümer angesehen werden, während die Betriebsleiter als Angestellte dieser Eigentümer und die Betriebsleiter privater Anstalten als Unternehmer gelten. Das hat eine Rückwirkung auf den Betrieb. Was das Verhältnis zwischen Eigentümer und Betriebsleiter betrifft, so wird es durch Verträge und Dienstanweisungen geregelt, die auch auf die Verfügung über die in den Haushalten ausgeworfenen Summen sich erstrecken. Gewöhnlich hat der Krankenhausleiter freie Verfügung innerhalb der einzelnen Haushaltsposten bis zu einer bestimmten Höhe, über die hinaus es dann noch der Mitbestimmung des Verwaltungsdezernenten oder der behördlichen Körperschaften selber bedarf. Dagegen hat sich der unerläßliche Grundsatz durchgesetzt, daß die ärztlichen Abteilungsleiter in der Wahl und Anordnung ihrer medizinischen und hygienischen Maßnahmen als solchen vollkommen frei und unabhängig

dastehen, und daß ihnen hier die Verwaltung nicht hineinredet, wohl aber ihnen die Verantwortung zuschiebt. Nur muß selbstverständlich dort, wo ihre Tätigkeit zu Anstößen Veranlassung gibt, die Aufsichtsbehörde sich das Recht des Einschreitens wahren.

Ähnliches gilt für das Verhältnis zu den *Angestellten*. Im allgemeinen stehen die leitenden Ärzte und mittleren Verwaltungskräfte sowie die technischen Angestellten und Apotheker im Beamtenverhältnis, und zwar in lebenslänglichem oder kündbarem, mit oder ohne Rechtsanspruch auf Ruheversorgung. Die Arbeiter werden zu einem Tarifvertrage angenommen. Das religiöse Pflegepersonal ist im Hauptberuf mit kirchlicher Färbung mit dem Mutterhause verbunden, das weltliche Pflegepersonal meistens gewerkschaftlich organisiert oder einer Oberin unterstellt, manchmal auch für eine größere Gemeinde zu einer eigenen städtischen Schwesternschaft zusammengefaßt. Es wird teils mit Beamteneigenschaft, teils auf Privatdienstvertrag angestellt; ihre Ruhegehalts- und Entschädigungsansprüche bei Erkrankungen im Dienst sind nicht durchweg so geregelt, wie es im Interesse ihres die größte Aufopferung beanspruchenden Berufes erforderlich wäre. Aber gerade in der Neuzeit sind Bestrebungen im Gange, jedwedem Raubbau an Kraft und Leistungsfähigkeit durch Erholungsmöglichkeiten mit fortgehendem Gehalt, durch Altersversorgungseinrichtungen und durch die Regelung des Ruhegehaltes entgegenzutreten.

Eingehend juristisch erörtert ist das Verhältnis der Krankenanstalten zu den Kranken. Die Aufnahme wird hier als ein Vertragsverhältnis angesehen, es bedarf aber selbstverständlich nicht des formalen Abschlusses eines solchen, sondern die Aufnahmeverhandlung tritt an dessen Stelle, und schließlich wird als bekannt oder anerkannt angesehen, daß, wenn ein Patient zur Aufnahme sich meldet oder gemeldet wird, er damit sich zugleich den Bedingungen über Untersuchung, Operation, ärztliche Behandlung usw. und den sonstigen Dienstbestimmungen unterwirft und seinerseits dafür die Ansprüche auf angemessene, dem Stande der Wissenschaft und Technik entsprechende Behandlung stellen darf. Für die Angehörigen der Sozialversicherung sieht die Reichsversicherungsordnung ausdrücklich Bestimmungen im Falle des Widerstands gegen die ärztliche Verordnung vor. § 529 bestimmt gegen einen Versicherten der Krankenkassen, der die Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertritt, Geldstrafen. § 606 bestimmt für Verletzte, die der Unfallversicherung unterliegen, daß, wenn der Verletzte eine Anordnung, die das Heilverfahren betrifft, ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund nicht befolgt, wenn dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt wird, ihm der Schadenersatz unter bestimmten Bedingungen versagt werden kann. Und § 1272 bestimmt für die Invaliden- und Altersversicherung, daß, wenn ein Erkrankter ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund sich dem Heilverfahren entzieht, das nach § 1269 um die infolge Erkrankung drohende Invalidität abzuwenden eingeleitet wird, die Rente auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden kann. Voraussetzung dieser Maßnahmen in diesen Fällen ist, daß der Erkrankte auf eine solche Folge hingewiesen wurde (siehe auch S. 69). Nur das neue Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten enthält einen Paragraphen, nach dem für gewisse Behandlungsmethoden es des Einverständnisses des Kranken bedarf, wohl mit Rücksicht auf die Wirkungen der Salvarsanhetze. Nach § 4 dieses Gesetzes dürfen ärztliche Eingriffe, die mit einer ernsten Gefahr für Leben oder Gesundheit verbunden sind, nur mit Einwilligung des Kranken vorgenommen werden. Die Aufnahme gilt sonst allgemein auch als vertragsmäßige Einwilligung in die Bestimmungen über die Gebührenbezahlung. Hier sind auch Bestimmungen getroffen worden über die Zulässigkeit des freiwilligen Aus-

scheidens des Kranken aus der Behandlung. Solche fehlen aber in denjenigen Fällen des deutschen Seuchengesetzes, in denen eine Überweisung auf Grund dieses Gesetzes erfolgt. Aber auch sonst kann natürlich der Kranke jederzeit aus der Anstalt ausscheiden, d. h. den stillschweigenden Vertrag seinerseits durch Ausscheiden lösen.

Das *öffentliche Recht* bringt sehr wenige Gesichtspunkte von sozialhygienischem Interesse; eigentlich gehören hierher nur die Bestimmungen im Krankenversicherungsgesetz über die Krankenhausbehandlung, die auf S. 7 angeführt sind, und die Abkommen, die die Träger der sozialen Versicherung mit öffentlichen Krankenhäusern über die Aufnahme ihrer Versicherten gemäß §§ 378ff. der Reichsversicherungsordnung schließen.

Nach diesen Paragraphen kann die Satzung den Vorstand ermächtigen, die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren, und wo die Kasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat, die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, abzulehnen. Dabei dürfen Krankenhäuser, die behördlich zu wohltätigen oder gemeinnützigen Zwecken bestimmt oder von öffentlichen Verbänden oder Körperschaften errichtet und die bereit sind die Krankenhauspflege zu den gleichen Bedingungen wie die in Abs. 1 bezeichneten Krankenhäuser zu leisten, nur aus einem wichtigen Grunde mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes ausgeschlossen werden.

Genügt nach § 372 bei einer Krankenkasse die Krankenhauspflege nicht den berechtigten Anforderungen, so kann das Oberversicherungsamt nach Anhören des Kranken jederzeit anordnen, daß diese Leistungen noch durch andere Krankenhäuser zu gewähren sind.

Die Anstalten der sozialen Versicherung, einschließlich derjenigen der Landesversicherungsanstalten, werden rechtlich ebenso behandelt wie die öffentlichen allgemeinen Krankenhäuser. Besondere Bestimmungen liegen für die Irrenanstalten mit geschlossenen Abteilungen vor, in denen die Anordnungen über die Aufnahme und Entlassung sowie die Kontrolle durch den beamteten Arzt zur Verhütung von Freiheitsberaubung nicht unbedingt Anstaltsbedürftiger streng gefaßt sind, besonders bei der Unterbringung in Privat-Irrenanstalten nach der Anweisung vom 26. 3. 1901.

Bestimmungen über die Anstaltsbehandlung.

a) Aufnahme in Privatanstalten.

Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten[1]) v. 26. 3. 1901 (MBl. 1901 S. 97). Auszug:

§ 1. Die Aufnahme erfolgt unbeschadet des (hier nicht abgedruckten) Abschnitts III nach Untersuchung des Kranken durch den Kreisarzt (Gerichtsarzt) oder durch den ärztlichen Leiter einer öffentlichen Anstalt für Geisteskranke oder einer psychiatrischen Universitätsklinik auf Grund eines von dem Untersuchenden ausgestellten Zeugnisses.

Zuständig ist der Kreisarzt (Gerichtsarzt) des Wohnortes des Kranken, und im Falle der Verhinderung sein Vertreter. Der beamtete Arzt ist verhindert, wenn er Arzt der Anstalt ist.

§ 2. Das Zeugnis (§ 1) hat zu enthalten:

Die Veranlassung und den Zweck seiner Ausstellung, Zeit und Ort der Untersuchung, insbesondere das Datum der letzten Untersuchung (vgl. § 5), die dem Untersuchenden gemachten Mitteilungen einerseits und seine eigenen Wahrnehmungen andererseits; das Zeugnis muß die Krankheitszeichen genau angeben und begründen, weshalb der Kranke der Aufnahme in die Anstalt bedarf.

Die Bezugnahme auf das schriftlich vorliegende Zeugnis eines anderen Arztes ist zulässig, soweit der Untersuchende dem Inhalt dieses Zeugnisses auf Grund der persönlichen Untersuchung des Kranken beitritt.

Dem Zeugnis ist der Amtscharakter des Ausstellers beizufügen.

§ 3. Die Aufnahme eines wegen Geisteskrankheit oder Geisteschwäche (BGB. § 6) entmündigten Kranken kann auf Antrag des Vormundes ohne Mitwirkung des Kreisarztes auf Grund eines den Vorschriften des § 2 Abs. 1 entsprechenden Zeugnisses eines jeden approbierten Arztes erfolgen.

[1]) Wegen Erlaubnis zur Errichtung einer Privat-Irrenanstalt (Konzession) vgl. § 30 RGO. — wegen der ärztlichen Leitung, wegen Anlage, Bau und Einrichtung von öffentlichen und Privat-Heil- und Pflegeanstalten vgl. die Min.-Polizei-VO. v. 30. 3. 1920 (MBlV. S. 64).

§ 4. In dringenden Fällen kann die vorläufige Aufnahme auf Grund eines den Vorschriften des § 2 Abs. 1 entsprechenden Zeugnisses eines jeden approbierten Arztes erfolgen. Der vorläufig Aufgenommene muß jedoch innerhalb 24 Stunden dem für die Anstalt zuständigen Kreisarzte oder dem Vertreter des verhinderten Kreisarztes (vgl. § 1) angemeldet werden.

Dieser hat binnen drei Tagen nach Empfang der Anzeige den Kranken zu untersuchen und alsbald nach der Untersuchung ein Zeugnis darüber auszustellen, ob die Aufnahme zulässig ist oder nicht.

In zweifelhaften Fällen ist die Untersuchung in kurzen Fristen zu wiederholen. Das Zeugnis ist alsdann spätestens innerhalb zwei Wochen nach der vorläufigen Aufnahme auszustellen.

Ein Kranker, dessen Aufnahme nicht für zulässig erklärt wird, ist alsbald zu entlassen.

§ 5. Die Aufnahme sowie die vorläufige Aufnahme (§ 4) darf nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach der letzten in dem Zeugnisse (§§ 2, 3, 4) angeführten Untersuchung erfolgen.

§ 6. Die Übernahme eines Kranken aus einer anderen öffentlichen oder privaten Anstalt darf nur erfolgen, wenn von deren Unternehmer

a) ein Übergabeschein und

b) eine beglaubigte Abschrift des Aufnahmezeugnisses, zutreffendenfalls auch des Nachweises der erfolgten Entmündigung und, sofern nicht die Krankengeschichte zur Einsicht oder in Abschrift beigefügt wird,

c) eine ärztliche Mitteilung der für die Behandlung wichtigsten Beobachtungen übergeben wird.

Außerdem ist von dem ärztlichen Leiter der Anstalt, in der sich der Kranke bisher befunden hat,

d) eine Bescheinigung darüber auszustellen, daß das Leiden die weitere Behandlung in einer Anstalt bedingt und ob es als voraussichtlich heilbar anzusehen ist.

§ 7. Die Aufnahme eines Kranken ist binnen 24 Stunden der für die Anstalt zuständigen Ortspolizeibehörde vertraulich anzuzeigen.

Ist die Aufnahme ohne Mitwirkung der Polizeibehörde des Wohnortes erfolgt, so ist außerdem dieser Behörde binnen derselben Frist vertrauliche Anzeige zu machen.

Diese Anzeigen sollen enthalten:

den Vor- und Zunamen, den Geburtstag, den Familienstand, den Beruf und den letzten Wohnsitz des Kranken, den Aufnahmetag, den Namen seines etwaigen gesetzlichen Vertreters sowie die Angabe, auf wessen Veranlassung die Aufnahme erfolgt ist.

Abschrift der Stelle des Zeugnisses, in welcher die Notwendigkeit der Aufnahme bescheinigt wird, und der Unterschrift des Arztes ist beizufügen.

Ist der Kranke entmündigt, so ist dies anzugeben.

Bei der Übernahme aus einer anderen Anstalt ist Abschrift des Übergabescheines (§ 6 a) und der ärztlichen Bescheinigung über die Notwendigkeit weiterer Anstaltsbehandlung usw. (§ 6 d) beizufügen.

Im Falle des § 3 sowie bei jeder Übernahme eines Kranken aus einer anderen Anstalt (§ 6) ist die Aufnahme des Kranken unter Vornahme des ärztlichen Aufnahmezeugnisses oder der in dem § 6 unter b und c genannten Schriftstücke binnen drei Tagen nach der Aufnahme dem Kreisarzt anzumelden.

§ 8. Innerhalb der in dem § 7 Abs. 1 bezeichneten Frist ist die Aufnahme ferner dem Ersten Staatsanwalt desjenigen Gerichts, welches für die Entmündigung des Kranken zuständig ist, oder, falls dieses Gericht unbekannt ist, dem Ersten Staatsanwalt desjenigen Gerichts anzuzeigen, in dessen Bezirk die Anstalt liegt.

Die Aufnahme eines entmündigten oder eines unter vorläufige Vormundschaft gestellten (§ 1906 BGB) oder eines unter Pflegschaft stehenden (§ 1910 BGB.) Kranken ist außerdem dem zuständigen Vormundschaftsgericht anzuzeigen.

§ 9. Wird ein Angehöriger eines anderen deutschen Staates oder ein Ausländer aufgenommen, so ist dies außerdem dem für die Anstalt zuständigen Regierungspräsidenten anzuzeigen. Hierbei ist unter abschriftlicher Mitteilung der Anzeige (§ 7) die Staatsangehörigkeit und der letzte Wohnsitz des Kranken in seinem Heimatsstaate anzugeben.

b) Aufnahme in öffentliche Anstalten.

Für Hilfsbedürftige, die der Anstaltspflege bedürfen, gilt § 6 Abs. 1 der Preuß. AVO. v. 17. 4. 1924 (GS. S. 210) zur Reichs-VO. über die Fürsorgepflicht v. 13. 2. 1924 (RGB. I S. 100).

Die Aufnahme hilfsbedürftiger und zahlungsfähiger Kranker regelt sich nach dem für jede öffentliche Anstalt besonders erlassenen, ministeriell genehmigten Reglement, in welchem die näheren Bestimmungen hierüber im wesentlichen mit den vorstehend unter a aufgeführten Vorschriften übereinstimmen.

Über jede Zwangseinweisung wird von der Anstalt die Staatsanwaltschaft benachrichtigt. Diese kann auch selbst eine zwangsweise Einweisung, z. B. von geisteskranken oder auf Geisteskrankheit verdächtigen Verbrechern, veranlassen.

Entlassung und Beurlaubung.

Für *Privatanstalten* gilt die Anweisung v. 26. 3. 1901:

§ 10. Die Entlassung muß unbeschadet der Vorschriften der §§ 11 und 12 erfolgen:

1. wenn der Kranke geheilt ist;

2. wenn er so weit gebessert ist, daß er der Behandlung in der Anstalt nicht mehr bedürftig erscheint;

3. wenn die Entmündigung des Kranken durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluß abgelehnt (§§ 662—663 ZPO.) oder wenn die ausgesprochene Entmündigung auf Grund durchgeführter Anfechtungsklage (§ 672 ZPO.) oder durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluß (§ 675ff. ZPO.) wieder aufgehoben ist;

4. wenn der gesetzliche Vertreter des Kranken die Entlassung fordert.

In den Fällen des Abs. 1 Nr. 2 und 3 kann der Kranke nach Maßgabe der Vorschriften des (hier nicht abgedruckten) Abschnittes III in der Anstalt verbleiben.

Beantragt ein volljähriger Kranker, der weder entmündigt noch unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, schriftlich seine Entlassung, so hat der Vorstand der Anstalt, wenn er dem Antrage nicht stattgeben will, den Antrag unter Darlegung der für die Ablehnung maßgebenden Gründe unverzüglich dem für die Stellung des Entmündungsantrags zuständigen Ersten Staatsanwalte mitzuteilen.

Wird der Entlassungsantrag wiederholt, so ist die Mitteilung des erneuten Antrags an den Ersten Staatsanwalt nicht erforderlich, sofern der Antrag neue Tatsachen nicht enthält und sich die Verhältnisse seit der Mitteilung des früheren Antrages nicht geändert haben.

§ 12. Soll ein Kranker, welcher als für sich oder für andere gefährlich oder als für die öffentliche Ordnung störend anzusehen ist, entlassen werden, so ist unter Vorlegung einer Äußerung des leitenden Arztes über den Zustand des Kranken die Zustimmung der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsortes einzuholen.

Der Einholung der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die unmittelbare Überführung des Kranken in eine andere Anstalt erfolgt.

Für die *öffentlichen Anstalten* sind die näheren Bestimmungen über Entlassung und Beurlaubung in dem für jede einzelne öffentliche Anstalt erlassenen Reglement enthalten.

Geisteskranke, freigesprochene oder außer Verfolgung gesetzte Personen, geisteskranke Verbrecher, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist, die auf Veranlassung der Polizeibehörde aufgenommenen Geisteskranken und sonstige gefährliche Geisteskranke dürfen aus den öffentlichen Irrenanstalten erst entlassen werden, wenn den Polizeibehörden Gelegenheit zu einer Äußerung gegeben ist (MJ. 15. 1. 1901, 16. 12. 1901, M 6368, 8224, MBl. 1901 S. 179, 1902 S. 46).

Für ein Reichsirrengesetz liegt bisher nur ein Entwurf vor, in dem die Gesichtspunkte der Fürsorge stärker in den Vordergrund gestellt sind und unter Wahrung des grundlegenden Interesses an der Erhaltung des Charakters als Heil- und Pflegeanstalt für Kranke doch die Überwachungsmaßnahmen etwas stärker in den Vordergrund gestellt werden. Die Beziehungen der Wohlfahrtsverbände zu den Krankenhäusern zum Zwecke der Versorgung hilfs- und heilbedürftiger Kranker sind schon auf S. 11 erwähnt worden. Die neuen Bestimmungen über die örtlichen und Landeswohlfahrtsverbände haben auf diesen Gebieten nicht wesentliche Änderungen gebracht. Das neue Gesetz über die Einbeziehung von Berufserkrankungen in das Reichsunfallgesetz führt auch die beruflichen Schädigungen mit den Röntgenapparaten als meldepflichtig an, wenn in diesem Betriebe Krankheiten entstehen. Dadurch sind die Röntgenerkrankungen des Krankenhauspersonals, aber nur soweit es beruflich am Röntgenapparat tätig ist, entschädigungspflichtig geworden. Der neue Entwurf zum Strafgesetzbuch ist, soweit er Krankenhausfragen berührt, auf S. 69 u. 74 behandelt worden.

Eine große Rolle spielen *zivilrechtliche Fragen.* Ihre Kasuistik ist nicht leicht zu übersehen und der Umfang der Entscheidungen im Einzelfalle und ihrer Erörterungen ein sehr großer. Hier wird besonders eingehend die *Haftpflicht* bei wirklichen oder vermeintlichen Kunstfehlern und Unterlassungen oder bei Gesundheitsschädigungen erörtert (s. Ebermayer l. c.). Wo Fahrlässigkeit vorliegt oder behauptet oder erkannt wird, ist der Schuldige unter allen Umständen strafrechtlich haftbar, auch dann, wenn die schädlichen Folgen durch nachgeordnete Persönlichkeiten hervorgerufen werden, denen die verantwortliche leitende Instanz einen ungenügenden Auftrag gegeben hat oder eine ungenügende Überwachung hat zuteil werden lassen. Wo es sich lediglich um zivilrechtliche Haftungen handelt,

liegen bestimmte Entscheidungen vor, nach denen der Eigentümer der Anstalt für den eintretenden Schaden haftbar ist, falls er nicht nachweisen kann, daß seinerseits alle Maßnahmen getroffen sind, um ihn zu verhüten. Gewöhnlich deckt sich die Behörde gegen die Gefahr der zivilrechtlichen Haftpflicht durch eine Privatversicherung. Es muß hier aber darauf hingewiesen werden, daß in sehr zahlreichen Fällen, lediglich weil die Rechnung kommt, auf einmal der Einwand haftpflichtiger Gesundheitsschädigung erhoben wird, namentlich bei chirurgischen Behandlungen, und daß diese Handlungsweise oft sehr lästige Verhandlungen erzwingt. Eine viel erörterte Frage ist die des Rechtes *auf die Obduktion*. Sie ist anscheinend gerichtlich niemals entschieden worden. Nach der Meinung hervorragender Juristen darf bei jedem Kranken, der sich zur Aufnahme meldet, als bekannt vorausgesetzt werden, daß in der Anstalt Obduktionen vorgenommen werden; auch gilt es als rechtens, daß den Angehörigen das Recht zusteht, binnen 24 Stunden Einspruch gegen eine etwaige Leicheneröffnung zu erheben, und daß deshalb eine solche nicht vor Ablauf dieser Frist vorgenommen werden sollte. Der Vorschlag, im Aufnahmeraum oder auf den Krankensälen auf dieses Einspruchsrecht der Kranken und ihrer Angehörigen hinzuweisen, ist schlechterdings aus humanen und ästhetischen Gründen unannehmbar, denn man kann nicht durch einen derartigen Anschlag die eben aufgenommenen Kranken und ihre Angehörigen auf den möglichen tödlichen Ausgang und seine Folgen hinweisen.

Die Frage der Zusammenhänge der *Erkrankungen von Ärzten und Schwestern* mit dem Beruf ist ebenfalls schwierig und nicht einheitlich zu beantworten. Auf der einen Seite besteht natürlich eine erhöhte Gefahr, zumal wenn man Infektionen, einschließlich derjenigen mit den Tuberkelbacillen, mit einrechnet. Auf der anderen Seite ist die Gesundheitsabnutzung durch den Krankenpflegeberuf eine außerordentlich starke und die Krankheitsziffer eine hohe; es tritt zuweilen sehr frühzeitig Arbeitsunfähigkeit oder die Notwendigkeit eines Berufswechsels ein. Dementsprechend ist die Neigung, Erkrankungen, die zur Berufsunfähigkeit führen, auf Berufsschädigungen zurückzuführen, eine sehr große. Hier wird von Fall zu Fall geprüft und gutachtlich entschieden werden müssen, und natürlich wird die Entscheidung verschieden ausfallen, je nachdem die Gemeinden sich mehr auf den Rechtsstandpunkt oder auf denjenigen des Wohlwollens stellen.

Noch zwei Fragen sind Gegenstand vielfacher Erörterungen geworden. Die erste ist die des Berufsgeheimnisses der Ärzte im Krankenhaus gegenüber den Behörden bei Verletzungen in Fällen von Aufruhr, Tumult, Verbrechen usw. Der neue Entwurf zum Strafgesetzbuch faßt den Paragraphen, der von der Schweigepflicht der Ärzte handelt, etwas weiter, so daß die Gefahr von Konflikten bei Übertretung des Schweigegebotes aus öffentlichen Interessen geringer geworden ist. Immerhin ist auch der Arzt des Krankenhauses in erster Linie der Sachwalter seiner Patienten und zur Wahrung des Geheimnisses verpflichtet, wenn nicht die im Gesetz genannten höheren Interessen im Spiel sind. Daß hierbei mehr die Verhütung eines Verbrechens als die Ahndung eines schon begangenen in die Wagschale fällt, ist festgelegt.

Die letzte Frage ist die der Verpflichtung, Krankengeschichten dem Richter zugänglich zu machen. Hier wird der besondere Fall entscheiden. Dix (Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen 1926, Nr. 7) erkennt, wenn die Krankengeschichten Beweismittel sind, auf Grund des Reichsgesetzes vom 10. 1. 1922 die Verpflichtung der Rechtshilfe gegenüber den Versorgungsämtern und damit zur Vorlegung der Krankengeschichten an; Gerichten gegenüber nimmt er unter Berufung auf richterliche Entscheidungen den entgegengesetzten Standpunkt ein, weil es sich um Aufzeichnungen „Unbeteiligter" handelt, die der Beschlagnahme nicht unterliegen.

Viel erörtert ist auch die *Versicherungspflicht der Assistenten*, die nach den Bestimmungen zur Angestelltenversicherung gehören würden. Eine Entscheidung vor einigen Jahren hat sie aber mit der Begründung, daß es bei ihrer Tätigkeit sich auch um Berufsausbildung handelt, wenngleich diese nicht der einzige Zweck der Assistententätigkeit ist, davon ausgenommen.

Eine besondere Schwierigkeit macht die *Unterbringung erkrankter Verbrecher* oder *Untersuchungsgefangener* und ihre Überführung vom Gefängnis in das Krankenhaus. Gerade auf Grund dieser Schwierigkeiten ist man in Preußen und in anderen Ländern dazu gekommen, auch in größeren Gefängnissen eigene Krankenhausabteilungen zu errichten, bei denen aber immerhin der humane Charakter einer Krankenanstalt natürlich einigermaßen verwischt wird dadurch, daß der Kranke gleichzeitig als Gefangener behandelt werden muß. Aber trotzdem heute in den größeren Gefängnissen eigene Lazarette mit dem Charakter von Krankenanstalten und sogar Abteilungen für Lungenkranke, zuweilen als selbständige Anstalten, für eine größere Zahl von Gefängnissen bestehen und obwohl die Schaffung eigener Abteilungen für Geschlechtskranke in Gefängnissen im Entstehen ist, wird manchmal die Heranziehung des allgemeinen Krankenhauses, auch zu Gutachterzwecken durch hervorragende Fachmänner, oder der allgemeinen Irrenanstalt notwendig werden. Ähnliches gilt für *Prostituierte*, die unter sanitätspolizeilichen Bestimmungen stehen. Bei der großen Zahl solcher Erkrankten können in großstädtischen Krankenhäusern sehr leicht eigene geschlossene Anstalten mit sorgsamer Aufsicht für Prostituierte bestehen. Dagegen führt die Überweisung von Häftlingen auf die Stationen eines offenen Krankenhauses oft zu den größten Schwierigkeiten, und mit Recht weigern sich die Abteilungsleiter gegen die Übernahme der Verantwortung zur Vereitelung zur Flucht. Die Gefängnisverwaltung muß also für die Aufsicht sorgen, was wiederum in den Krankenhausbetrieb Schwierigkeiten bringt, denn natürlich wird von Gewohnheitsverbrechern die klinische Abteilung mit ihren günstigeren Gelegenheiten zum Entweichen gern aufgesucht. Wie auch immer diese Schwierigkeiten im Einzelfall gelöst werden, so muß auch gegenüber Gefangenen das Krankenhaus einzig und allein den Gesichtspunkt im Auge behalten, daß sie Kranke sind.

XIII. Sozialhygienische Gesichtspunkte.

Das Kennzeichnende an der Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens ist die außerordentlich starke Steigerung der Zugänge weit über die Zunahme der Bevölkerung hinaus. Die folgenden beiden Tabellen für Preußen und Berlin geben von dieser Zunahme ein Bild.

Preußen.

Auf 10 000 Einwohner kamen:

	Betten	Verpflegte
1885	20,0	120,7
1888	22,9	129,7
1891	24,8	155,8
1894	26,8	171,1
1897	27,9	187,0
1900	29,9	208,6
1901	31,15	219,23
1902	32,87	229,06
1903	33,85	252,33
1904	34,65	259,06
1905	35,71	270,48
1906	36,90	277,47
1907	38,33	293,20
1908	38,40	303,35
1909	39,60	313,07
1910	40,56	329,86
1913	41,06	349,67
1925	58,0	512,9

Berlin.

Auf 10 000 Einwohner kamen:

	Betten	Kranke
1886	—	375,43
1890	—	412,84
1895	—	482,04
1900	42,6	482,45
1905	45,22	488,73
1908	50,00	552,74
1909	52,67	576,89
1910	52,79	611,06
1913	60,12	603,83
1915	64,52	475,40
1917	68,78	578,34

Bei dem gegenwärtigen ungünstigen Gesundheitszustand, der allgemeinen wirtschaftlichen und der Wohnungsnot sind, wie das Jahr 1925 für Preußen zeigt, die Zahlen in weiterem starkem Anstieg, doch

geht die Entwicklungsrichtung schon aus den Vorkriegszahlen mit normalen Zuständen hervor. Die Ursachen sind mehrfache und hängen auf das engste zusammen mit der wirtschaftlichen und kulturellen Entwicklung in Deutschland. Die einzelnen Zahlen ergeben aber auch, daß diese Zunahme sich nicht bloß auf die Großstädte beschränkt, sondern auch auf Land- und Kreisstädte. Nicht einmal der Währungsverfall hat darin eine Änderung herbeiführen können, denn obgleich die Zahl der Anstalten, und namentlich der privaten, abgenommen hat dadurch, daß eine geringe Anzahl kleinerer Anstalten eingehen mußte, so hat die Zahl der Betten sogar zugenommen, und in der allerneuesten Gegenwart wird immer wieder betont, daß trotzdem eine außerordentlich drückende Bettennot besteht, die nur erträglich ist, weil ernstere Epidemien in den letzten Wintern nicht herrschten. Die Zahl der Krankenbetten betrug in Deutschland:

	Öffentliche Krankenhäuser	Private Krankenhäuser	Zusammen
1914	183 292	106 593	289 885
1917	245 865	49 820	295 685
1920	275 264	44 751	320 015

Die Gründe für diese Zunahme der Betten in den öffentlichen Anstalten sind in allgemeinen Zügen die soziale Versicherung und die instrumentelle und operative Einstellung der Diagnostik und Therapie, die Unmöglichkeit, eine immer größer werdende Zahl von Krankheiten im Hause zu behandeln und zu verpflegen und die Heranziehung des Krankenhauses als Absonderungsanstalt zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten. Wenn in den letzten Jahren diese Zunahme noch stärker wurde, so haben wirtschaftliche und Wohnungsnot einen besonderen Anteil daran. Nun zeigt sich aber die eigenartige Erscheinung, daß die Betten stärker ausgenutzt werden als früher, d. h. daß die Zahl der verpflegten Kranken noch stärker zugenommen hat als die Zahl der Betten. Sie betrug in Deutschland:

1914 . . . . 2 231 000
1917 . . . . 2 168 500
1920 . . . . 2 305 000

Wenn wir aber ins einzelne gehen, so zeigt sich, daß in der Beschaffenheit der Krankheitsformen eine nicht unerhebliche Änderung eingetreten ist. Die einheimischen Infektionskrankheiten haben in der Bevölkerung außerordentlich stark abgenommen. Im Gegensatz dazu ist die Neigung, sie frühzeitig einer Anstalt zuzuführen, ungemein stark im Anwachsen gewesen. Wie in Bd. V, S. 460 und 473 ausführlich für Typhus, Scharlach, Diphtherie, Masern usw. ausgeführt wurde, hat sich die Hospitalisierung von durchschnittlich $^1/_3$ auf $^2/_3$ und mehr, bei Typhus auf 80%, also im ganzen außerordentlich gesteigert. Trotzdem ist die absolute Zahl der Krankenhausaufnahmen bei einigen Infektionskrankheiten, wie Typhus, sogar herabgegangen. Im ganzen aber hat die zunehmende Hospitalisierung bewirkt, daß z. B. in Preußen die Aufnahmen wegen akuter Infektionen von 180 000 auf 275 000 angestiegen sind. Im Gegensatz dazu hat die Aufnahme an einer großen Zahl von inneren Erkrankungen, die der chirurgischen Behandlung zugänglich geworden sind, sich außerordentlich viel stärker vermehrt. Das relative Verhältnis in einer Indexberechnung, bei der die Zahl der Zahlen für 1903 = 100 sind, für Preußen in den Jahren von 1903—1913 gibt die folgende Tabelle an.

Im einzelnen betrug für die besonderen Krankheitsformen von 1903 gegenüber 1913 in Preußen die Änderung für:

Alle Krankheiten	181	Diphtherie	162
Infektionskrankheiten . .	154	Scharlach	197
Verdauungskrankheiten .	250	Typhus	78
Krebserkrankungen . . .	173		

Von 1000 Behandelten kamen auf die einzelnen Gruppen:

	Entwicklungskrankheiten	Infektionskrankheiten	Verdauungskrankheiten	Nervenkrankheiten	Atmungsorgane	Kreislauforgane	Verletzungen
1903	22	223	103	51,1	74,4	31,5	130
1913	34	192	147	51,2	74,3	34,4	123

Wie sich heute die einzelnen Krankheitsformen auf die Gesamtaufnahmen verteilen, ergibt sich aus folgenden Tabellen für das Deutsche Reich und für Berlin:

Die Bewegung der Kranken in den öffentlichen und Universitätsanstalten sowie in den privaten Krankenanstalten mit 11 und mehr Betten zusammen im Deutschen Reiche nach Krankheitsursachen und Geschlecht im Jahre 1920.

Nr. der Krankheit	Krankheitsursachen	Krankenzugang		Abgang der Kranken		Darunter mit Tod	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1	2	3	4	5	6	7	8
	I. Entwicklungskrankheiten.						
1	Angeborene Lebensschwäche (im 1. Monat) .	1 605	1 494	1 589	1 486	982	805
2	Angeborene Mißbildungen .	4 213	3 941	4 185	3 903	217	161
3	Altersschwäche (über 60 Jahre)	5 244	6 933	5 215	6 884	2 256	3 277
4	Andere Entwicklungskrankheiten	1 876	36 394	1 901	36 197	165	699
1—4	*Entwicklungskrankheiten insgesamt*	*12 938*	*48 762*	*12 890*	*48 470*	*3 620*	*4 942*
	II. Infektions- und parasitäre Krankheiten.						
5	Pocken	668	911	718	966	79	112
6	Varicellen	590	538	554	502	9	15
7	Scharlach	4 680	6 427	4 797	6 673	269	336
8	Masern und Röteln . . .	3 254	2 837	3 302	2 887	306	223
9	Diphtherie und Krupp . .	12 293	14 681	12 569	15 073	1 580	1 451
10	Keuchhusten	1 914	2 036	2 064	2 206	414	446
11	Mumps (Parotitis epidemica)	319	245	324	246	4	7
12	Fleckfieber	250	240	276	243	30	19
13	Rückfallfieber	77	40	68	62	2	1
14	Unterleibstyphus (Typhus)	7 100	9 065	7 366	9 397	820	1 085
15	Genickstarre.	344	225	344	233	168	110
16	Rose (Erysipel)	3 923	5 533	4 004	5 632	354	310
17	Trismus und Tetanus . .	424	252	431	245	207	130
18	Pyämie, Septicämie, Hospitalbrand	1 575	2 024	1 570	2 031	951	1 192
19	Kindbettfieber.	—	3 078	—	3 089	—	1 163
20	Lepra.	8	8	7	10	—	—
21	Skrofulose.	8 486	9 770	8 418	9 753	61	77
22	Tuberkulose der Lungen .	73 055	69 550	70 601	69 401	9 071	8 594
23	Tuberkulose anderer Organe.	26 314	26 304	26 773	26 904	2 810	2 669
24	Lungenentzündung (kruppöse)	9 205	6 052	9 169	6 090	2 261	1 600
25	Influenza (Grippe)	43 054	42 128	43 135	42 865	4 634	4 221
26	Akuter Gelenkrheumatismus	11 399	9 808	11 603	10 049	147	175
27	Malaria	1 338	206	1 368	200	16	1
28	Asiatische Cholera	9	3	8	3	—	—
29	Brechdurchfall (Cholera nostras)	561	490	550	481	168	144

Nr. der Krankheit	Krankheitsursachen	Krankenzugang		Abgang der Kranken		Darunter mit Tod	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1	2	3	4	5	6	7	8
30	Ruhr (Dysenterie)	7 742	6 840	7 810	6 902	963	1 004
31	Gonorrhöe	23 086	31 880	22 823	32 230	25	77
32	Weicher Schanker	5 655	1 878	5 743	1 919	5	44
33	Syphilis	25 714	34 044	25 512	33 798	586	549
34	Milzbrand	71	44	72	46	2	1
35	Rotzkrankheit	8	2	8	2	2	—
36	Tollwut (Lyssa)	10	2	10	3	2	—
37	Trichinose	22	16	28	18	1	—
38	Bandwurm	843	806	834	809	2	3
39	Andere Infektions- und parasitäre Krankheiten (ausschl. Krätze)	4 892	4 240	4 974	4 266	94	105
5—39	*Infektions- und parasitäre Krankheiten insgesamt*	*278 883*	*292 203*	*277 833*	*295 234*	*26 043*	*25 864*
	III. Sonstige allgemeine Krankheiten.						
40	Bleichsucht und Blutarmut (Chlorose und Anämie)	8 282	22 602	8 195	22 465	252	406
41	Leukämie und Pseudoleukämie	836	729	812	720	199	133
42	Rachitis u. Osteomalacie	4 366	4 584	4 367	4 590	144	175
43	Zuckerruhr	2 471	1 625	2 469	1 634	431	294
44	Gicht	2 127	1 778	2 167	1 840	47	90
45	Skorbut	93	65	88	64	13	8
46	Alkoholismus und Säuferwahnsinn	1 669	229	1 654	233	47	6
47	Andere Vergiftungen	4 165	4 779	4 146	4 774	601	728
48	Hitzschlag	99	51	99	51	7	1
49	Andere allgemeine Krankheiten	8 395	9 523	8 348	9 488	337	396
	Neubildungen und Geschwülste.						
50	Carcinom	19 315	32 164	19 250	32 307	5 838	6 761
51	Andere bösartige Neubildungen	4 178	5 250	4 159	5 264	793	796
52	Gutartige Neubildungen u. Geschwülste (ausschl. 79)	7 430	22 067	7 395	22 133	157	418
40—52	*Sonstige allgemeine Krankheiten insgesamt*	*63 426*	*105 446*	*63 149*	*105 563*	*8 866*	*10 212*
	IV. Örtliche Krankheiten.						
	A. Krankheiten des Nervensystems.						
53	Geisteskrankheiten	5 678	6 247	5 688	6 254	264	288
54	Gehirn- u. Hautentzündung (ausschl. 15, 23)	3 275	2 294	3 211	2 282	1 513	1 039
55	Gehirnschlag	3 466	3 317	3 476	3 366	1 714	1 709
56	Andere Krankheiten des Gehirns	3 884	2 520	3 838	2 500	549	378
57	Epilepsie	3 763	1 732	3 736	1 758	98	84
58	Eklampsie	309	998	318	996	47	230
59	Chorea	247	450	249	459	13	23
60	Tabes	2 649	1 132	2 661	1 145	219	120
61	Andere Rückenmarkskrankheiten	2 892	2 484	2 840	2 455	311	277
62	Andere Krankheiten des Nervensystems überhaupt	32 116	37 018	31 548	36 864	313	355
53—62	*Krankheiten des Nervensystems insgesamt*	*58 279*	*58 192*	*57 565*	*58 079*	*5 041*	*4 503*

Nr. der Krankheit	Krankheitsursachen	Krankenzugang		Abgang der Kranken		Darunter mit Tod	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1	2	3	4	5	6	7	8
	B. Krankheiten der Atmungsorgane.						
63	Krankheiten der Nase und der Adnexa	18 416	17 443	18 326	17 386	62	30
64	Kehlkopfkrankheiten (ausschl. 9, 23)	3 111	2 656	3 092	2 697	94	58
65	Akuter Katarrh der Luftröhre u. der Bronchien.	18 346	11 059	18 225	11 105	323	234
66	Chronischer Katarrh der Luftröhre und der Bronchien sowie Emphysem .	15 848	8 596	15 679	8 543	924	459
67	Lungenentzündung (ausschl. 24).	14 320	9 933	14 115	9 958	4 053	2 941
68	Brustfellentzündung . . .	13 118	9 473	13 341	9 552	1 135	720
69	Andere Krankheiten der Atmungsorgane	6 354	4 628	6 265	4 620	384	246
63—69	*Krankheiten der Atmungsorgane insgesamt*	*89 513*	*63 788*	*89 043*	*63 861*	*6 975*	*4 688*
	C. Krankheiten der Kreislaufsorgane.						
70	Herz- und Herzbeutelentzündung	4 689	4 448	4 670	4 442	1 151	1 106
71	Klappenfehler und andere Herzkrankheiten	12 590	13 383	12 478	13 368	2 638	2 848
72	Pulsadergeschwulst. . . .	578	286	586	304	106	50
73	Arteriosklerose und Brand der Alten	5 799	3 521	5 803	3 505	1 166	872
74	Krampfadern und Venenentzündung	7 207	7 157	7 216	7 211	96	141
75	Lymphgefäß- und Lymphdrüsenentzündung (ausschließl. der zu 21, 31, 32, 33 gehörigen)	9 952	6 986	9 942	7 054	100	81
70—75	*Krankheiten der Kreislaufsorgane insgesamt*	*40 815*	*35 781*	*40 695*	*35 884*	*5 257*	*5 098*
	D. Krankheiten der Verdauungsorgane.						
76	Krankheiten der Zähne und der Organe der Mundhöhle	4 573	4 165	4 552	4 199	32	26
77	Mandel- und Rachenentzündung	17 688	20 839	17 678	20 898	98	69
78	Krankheiten der Speiseröhre	1 112	552	1 130	567	116	49
79	Krankheiten der Schilddrüse (ausschl. 50, 51) .	4 552	16 978	4 524	17 030	105	306
80	Akuter Magen- und Darmkatarrh sowie Atrophie der Kinder (ausschl. 23)	23 702	17 479	23 537	17 448	1 550	1 120
81	Magengeschwür	15 189	13 488	14 664	13 261	1 044	543
82	Andere chronische Magenkrankheiten	13 605	11 994	13 412	11 931	384	241
83	Chronische Darmkrankheiten	11 262	9 716	11 289	9 740	449	353
84a	Bauchfellentzündung (Peritonitis)	4 195	7 078	4 220	7 103	1 503	2 221

Nr. der Krankheit	Krankheitsursachen	Krankenzugang		Abgang der Kranken		Darunter mit Tod	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1	2	3	4	5	6	7	8
84 b	Blinddarmentzündung, Perityphlitis (Appendicitis)	28 569	35 875	28 393	35 698	1 092	894
85	Brüche (Hernien)						
	a) eingeklemmte	6 956	6 079	6 969	6 097	551	686
	b) nicht eingeklemmte .	33 626	15 961	33 454	15 934	278	152
86	Innerer Darmverschluß. .	3 106	2 914	3 110	2 913	1 035	934
87	Lebercirrhose	1 143	694	1 146	679	322	144
88	Andere Krankheiten der Leber und ihrer Ausführungsgänge	8 163	18 916	8 035	18 765	715	1 344
76—88	*Krankheiten der Verdauungsorgane insgesamt . .*	*177 441*	*182 728*	*176 113*	*182 263*	*9 274*	*9 082*
	E. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.						
89	Krankheiten der Nieren .	13 657	14 653	13 827	14 786	2 087	1 662
90	Krankheiten der Blase . .	10 154	8 835	10 104	8 873	716	162
91	Steinkrankheit	1 424	2 515	1 423	2 542	74	143
92	Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane	17 469	—	17 354	—	610	—
93	Krankheiten der Gebärmutter	—	116 039	—	115 787	—	1 566
94	Krankheiten der anderen weiblichen Geschlechtsorgane	—	83 384	—	83 218	—	1 217
89—94	*Krankheiten d. Geschlechtsorgane (ausschl. 31, 32, 33) insgesamt . . . . .*	*42 704*	*225 426*	*42 708*	*225 206*	*3 487*	*4 750*
	F. Krankheiten der äußeren Bedeckung.						
95	Krätze	74 493	55 420	74 418	55 349	13	14
96	Hautausschläge (ausschl. 5 bis 8, 12, 16)	20 716	17 214	20 685	17 259	129	145
97	Zellgewebsentzündung (einschließl. Panaritium), Furunkel u. Karbunkel (ausschl. 34).	65 505	40 098	65 456	40 283	1 346	774
98	Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen .	16 338	11 390	16 355	11 456	142	112
95—98	*Krankheiten der äußeren Bedeckungen insgesamt .*	*177 052*	*124 122*	*176 914*	*124 347*	*1 630*	*1 045*
	G. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
99	Krankheiten der Knochen und der Knochenhaut (ausschl. 23).	14 129	8 726	14 013	8 755	533	286
100	Krankheiten der Gelenke (ausschl. 23, 26, 44) . .	17 753	14 982	17 724	15 078	233	191
101	Krankheiten der Muskeln, Sehnen u. Schleimbeutel	9 325	7 392	9 339	7 445	43	31
102	Muskelrheumatismus . . .	19 345	8 706	19 416	8 811	93	55
99—102	*Krankheiten der Bewegungsorgane insgesamt . . . .*	*60 552*	*39 806*	*60 492*	*40 089*	*902*	*563*

Nr. der Krankheit	Krankheitsursachen	Krankenzugang		Abgang der Kranken		Darunter mit Tod	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
1	2	3	4	5	6	7	8
	H. Krankheiten des Ohres.						
103	Krankheiten des äußeren Ohres	1 585	1 095	1 588	1 084	11	4
104	Krankheiten des Mittelohres	13 983	11 284	14 066	11 398	359	207
105	Krankheiten des inneren Ohres	1 270	1 053	1 273	1 066	46	27
103—105	*Krankheiten des Ohres insgesamt*	*16 838*	*13 432*	*16 927*	*13 548*	*416*	*238*
	J. Krankheiten der Augen.						
106	Ansteckende Augenkrankheiten	921	918	943	937	7	17
107	Andere Augenkrankheiten.	16 936	13 886	17 050	14 015	35	33
106—107	*Krankheiten der Augen insgesamt*	*17 857*	*14 804*	*17 993*	*14 952*	*42*	*50*
	K. Verletzungen.						
108	Quetschungen und Zerreißungen	42 678	7 739	42 707	7 810	1 274	206
109	Knochenbrüche d. Schädels	4 605	870	4 597	890	1 215	257
110	Knochenbrüche d. Schulterblatts und Schlüsselbeins	2 026	574	2 004	582	32	8
111	Knochenbrüche der Wirbelsäule	1 127	278	1 107	292	283	51
112	Knochenbrüche der Rippen	2 365	433	2 233	431	130	22
113	Knochenbrüche des Beckens	1 168	313	1 152	347	158	39
114	Knochenbrüche der oberen Gliedmaßen	14 022	4 746	14 130	4 784	174	111
115	Knochenbrüche der unteren Gliedmaßen	21 647	7 940	21 902	8 231	564	416
116	Verstauchungen	4 806	2 069	4 808	2 086	6	7
117	Verrenkungen an den oberen Gliedmaßen	2 680	984	2 688	1 007	7	2
118	Verrenkungen an den unteren Gliedmaßen . . .	2 178	1 315	2 197	1 328	13	12
119	Sonstige Verrenkungen . .	1 120	451	1 138	461	18	3
120	Wunden (Hieb-, Stich-, Schuß- usw.)	45 171	8 385	45 313	8 393	1 946	334
121	Verbrennung	6 420	3 579	6 429	3 599	483	391
122	Erfrierung	711	274	736	276	19	10
108—122	*Verletzungen insgesamt* . .	*152 724*	*39 950*	*153 141*	*40 517*	*6 322*	*1 869*
53—122	*Örtliche Krankheiten insgesamt*	*833 775*	*798 029*	*831 591*	*798 746*	*39 346*	*31 886*
	V. Anderweite Krankheiten und unbestimmte Diagnosen	*19 091*	*40 130*	*18 836*	*39 934*	*431*	*594*
	Hauptsumme insgesamt .	*1 208 113*	*1 284 570*	*1 204 299*	*1 287 947*	*78 306*	*73 498*
	Außerdem: Nichtkranke Personen (wegen Krankheitsverdacht zur Beobachtung aufgenommene Personen, Begleitpersonal usw.)	18 508	24 085	18 458	24 004	32	21

Die Verteilung der in die öffentlichen und privaten allgemeinen Krankenhäuser im Deutschen Reich aufgenommenen Kranken nach Krankheitsursachen und Geschlecht in den Jahren 1911 bis 1913 und 1919 in der Berechnung auf je 10 000 der Zivilbevölkerung.

Nr. der Krankheit	Krankheitsursachen	Krankenzugang					
		männlich			weiblich		
		auf je 10000 der männlichen Zivilbevölkerung			auf je 10000 der weiblichen Bevölkerung		
		in den Jahren					
		1911—1913 (Jahresdurchschnitt)	1919	1919 + oder − gegen 1911—1913	1911—1913 (Jahresdurchschnitt)	1919	1919 + oder − gegen 1911—1913
1	2	3	4	5	6	7	8
1—4	*I. Entwicklungskrankheiten insgesamt*	*2,60*	*4,22*	*+ 1,62*	*13,62*	*11,94*	*— 1,68*
	darunter:						
1	Angeborene Lebensschwäche	0,26	0,43	*+ 0,17*	0,23	0,34	*+ 0,11*
2	Altersschwäche	1,28	2,01	*+ 0,73*	1,45	2,51	*+ 1,06*
	II. Infektionskrankheiten.						
5	Pocken	0,03	0,52	*+ 0,49*	0,02	0,65	*+ 0,63*
6	Varicellen	0,12	0,19	*+ 0,07*	0,10	0,13	*+ 0,03*
7	Scharlach	3,35	1,98	*— 1,37*	3,52	2,32	*— 1,20*
8	Masern und Röteln . . .	1,25	0,73	*— 0,52*	1,11	0,64	*— 0,47*
9	Diphtherie und Krupp . .	5,20	5,73	*+ 0,53*	5,28	6,44	*+ 1,16*
10	Keuchhusten	0,43	0,63	*+ 0,20*	0,47	0,60	*+ 0,13*
11	Mumps (Parotitis epidemica).	0,10	0,12	*+ 0,02*	0,07	0,08	*+ 0,01*
12	Fleckfieber	0,01	0,39	*+ 0,38*	0,00	0,27	*+ 0,27*
13	Rückfallfieber	0,00	0,02	*+ 0,02*	0,00	0,03	*+ 0,03*
14	Unterleibstyphus (Typhus)	2,10	2,95	*+ 0,85*	1,50	3,46	*+ 1,96*
15	Genickstarre.	0,04	0,12	*+ 0,08*	0,02	0,10	*+ 0,08*
16	Rose (Erysipel)	1,45	1,58	*+ 0,13*	1,30	1,91	*+ 0,61*
17	Trismus und Tetanus . .	0,11	0,16	*+ 0,05*	0,03	0,09	*+ 0,06*
18	Pyämie, Septicämie, Hospitalbrand	0,61	0,49	*— 0,12*	0,41	0,52	*+ 0,11*
19	Kindbettfieber.	—	—	—	0,73	0,79	*+ 0,06*
20	Lepra.	0,01	0,00	*— 0,01*	0,00	0,00	*± 0,00*
21	Skrofulose.	1,43	2,70	*+ 1,27*	1,66	2,94	*+ 1,28*
22	Tuberkulose der Lungen .	25,52	21,74	*— 3,78*	15,36	20,53	*+ 5,17*
23	Tuberkulose anderer Organe	6,40	12,08	*+ 5,68*	5,47	10,85	*+ 5,38*
24	Lungenentzündung (kruppöse)	2,16	3,57	*+ 1,41*	0,81	1,96	*+ 1,15*
25	Influenza (Grippe)	5,55	9,18	*+ 3,63*	2,39	9,13	*+ 6,74*
26	Akuter Gelenkrheumatismus	4,41	4,41	*± 0,00*	2,44	3,59	*+ 1,15*
27	Malaria	0,25	1,09	*+ 0,84*	0,02	0,09	*+ 0,07*
28	Asiatische Cholera	0,00	0,01	*+ 0,01*	—	0,00	*+ 0,00*
29	Brechdurchfall (Cholera nostras).	0,11	0,12	*+ 0,07*	0,07	0,12	*+ 0,05*
30	Ruhr (Dysenterie)	0,08	2,57	*+ 2,49*	0,06	2,36	*+ 2,30*
31	Gonorrhöe.	7,54	6,76	*— 0,78*	5,70	10,95	*+ 5,25*
32	Weicher Schanker	1,89	1,83	*— 0,06*	0,34	0,74	*+ 0,40*
33	Syphilis.	9,20	6,65	*— 2,55*	5,53	8,83	*+ 3,30*
34	Milzbrand.	0,07	0,02	*— 0,05*	0,01	0,01	*± 0,00*
35	Rotzkrankheit.	0,00	0,01	*+ 0,01*	0,00	0,00	*± 0,00*
36	Tollwut (Lyssa)	0,00	0,01	*+ 0,01*	0,00	0,00	*± 0,00*
37	Trichinose.	0,00	0,01	*+ 0,01*	0,00	0,01	*+ 0,01*
38	Bandwurm	0,34	0,28	*— 0,06*	0,23	0,28	*+ 0,05*

Nr. der Krankheit	Krankheitsursachen	Krankenzugang					
		männlich			weiblich		
		auf je 10000 der männlichen Zivilbevölkerung			auf je 10000 der weiblichen Bevölkerung		
		in den Jahren					
		1911–1913 (Jahresdurchschnitt)	1919	1919 + oder − gegen 1911–1913	1911–1913 (Jahresdurchschnitt)	1919	1919 + oder − gegen 1911–1913
1	2	3	4	5	6	7	8
39	Andere Infektions- und parasitäre Krankheiten (ausschl. Krätze)	1,01	1,80	+ 0,79	0,50	1,48	+ 0,98
5—39	*Infektions- und parasitäre Krankheiten insgesamt*	*80,78*	*90,44*	*+ 9,66*	*55,16*	*91,92*	*+ 36,76*
40—52	*III. Sonstige allgemeine Krankheiten insgesamt*	*20,31*	*20,12*	*− 0,19*	*26,82*	*31,55*	*+ 4,73*
	darunter:						
40	Bleichsucht und Blutarmut (Chlorose und Anämie	2,21	2,41	+ 0,20	7,00	6,36	− 0,64
42	Rachitis u. Osteomalacie	0,54	1,43	+ 0,89	0,61	1,31	+ 0,70
43	Zuckerharnruhr	1,37	0,73	− 0,64	0,67	0,44	− 0,23
44	Gicht	0,95	0,86	− 0,09	0,43	0,66	+ 0,23
45	Skorbut	0,05	0,03	− 0,02	0,01	0,02	+ 0,01
46	Alkoholismus	3,03	0,38	− 2,65	0,22	0,05	− 0,17
47	Andere Vergiftungen	1,24	1,23	− 0,01	0,67	1,45	+ 0,78
50	Carcinom	5,39	6,07	+ 0,68	7,37	9,79	+ 2,42
51	Andere bösartige Neubildungen	1,16	1,35	+ 0,19	1,13	1,63	+ 0,50
52	Gutartige Neubildungen und Geschwülste (ausschließlich 79)	2,52	2,57	+ 0,05	7,09	6,91	− 0,18
53—122	*IV. Örtliche Krankheiten in insgesamt*	*292,09*	*263,12*	*− 28,97*	*169,53*	*238,07*	*+ 68,54*
53—62	*A. Krankheiten des Nervensystems insgesamt*	*22,22*	*16,62*	*− 5,60*	*16,08*	*16,29*	*+ 0,21*
53	darunter: Geisteskrankheiten	2,55	1,70	− 0,85	2,28	1,76	− 0,52
54	Gehirn- und Hirnhautentzündung (ausschl. 15, 23)	0,51	0,88	+ 0,37	0,30	0,61	+ 0,31
55	Gehirnschlag	1,40	1,14	− 0,26	1,16	1,04	− 0,12
60	Tabes	0,99	0,80	− 0,19	0,32	0,35	+ 0,03
63—69	*B. Krankheiten der Atmungsorgane insgesamt*	*33,84*	*29,71*	*− 4,13*	*14,30*	*20,40*	*+ 6,10*
	darunter:						
65	Akuter Katarrh der Luftröhre u. der Bronchien	11,18	6,28	− 4,90	3,54	3,61	+ 0,07
66	Chronischer Katarrh der Luftröhre und der Bronchien sowie Emphysem	5,86	5,15	− 0,71	2,12	2,63	+ 0,51
67	Lungenentzündung (ausschließlich 24)	5,74	4,77	− 0,97	2,33	3,05	+ 0,72
68	Brustfellentzündung	4,12	5,08	+ 0,96	1,84	3,45	+ 1,61
70—75	*C. Krankheiten der Kreislaufsorgane insgesamt*	*15,29*	*13,99*	*− 1,30*	*9,33*	*11,21*	*+ 1,88*
	darunter:						
70	Herz- und Herzbeutelentzündung	1,74	1,50	− 0,24	1,17	1,31	+ 0,14

Nr. der Krankheit	Krankheitsursachen	Krankenzugang					
		männlich			weiblich		
		auf je 10000 der männlichen Zivilbevölkerung			auf je 10000 der weiblichen Bevölkerung		
		in den Jahren					
		1911—1913 (Jahresdurchschnitt)	1919	1919 + oder − gegen 1911—1913	1911—1913 (Jahresdurchschnitt)	1919	1919 + oder − gegen 1911—1913
1	2	3	4	5	6	7	8
71	Klappenfehler und andere Herzkrankheiten . . .	5,30	4,03	*— 1,27*	3,70	3,87	*+ 0,17*
73	Arteriosklerose u. Brand der Alten	2,17	2,10	*— 0,07*	0,93	1,11	*+ 0,18*
76—78	*D. Krankheiten der Verdauungsorgane insgesamt* .	*55,07*	*51,18*	*— 3,89*	*44,21*	*54,00*	*+ 9,79*
	darunter:						
77	Mandel- und Rachenentzündung	8,24	5,56	*— 2,68*	8,15	6,47	*— 1,68*
80	Akuter Magen- u. Darmkatarrh sowie Atrophie d. Kinder (ausschl. 23)	12,85	7,00	*— 5,85*	6,60	5,23	*— 1,37*
81	Magengeschwür	2,06	3,13	*+ 1,07*	2,55	3,49	*+ 0,94*
84	Bauchfellentzündung (Peritonitis) u. Blinddarmentzündung, Perityphlitis (Appendicitis)	11,23	9,43	*— 1,80*	10,76	12,29	*+ 1,53*
85	Brüche (Hernien)						
	a) eingeklemmte . . .	1,26	2,49	*+ 1,23*	1,25	2,44	*+ 1,19*
	b) nicht eingeklemmte	8,03	9,85	*+ 1,82*	2,73	5,19	*+ 2,46*
87	Lebercirrhose	0,56	0,33	*— 0,23*	0,13	0,17	*+ 0,04*
89—94	*E. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane* (ausschließl. 31, 32, 33 *insgesamt*	*11,23*	*14,44*	*+ 3,21*	*36,19*	*63,09*	*+ 26,90*
	darunter:						
89	Krankheiten der Nieren	3,75	5,43	*+ 1,68*	3,13	4,87	*+ 1,74*
95—98	*F. Krankheiten der äußeren Bedeckungen insgesamt* .	*45,37*	*54,60*	*+ 9,23*	*20,62*	*37,24*	*+ 16,62*
	darunter:						
95	Krätze (Scabies)	16,30	22,69	*+ 6,39*	7,04	16,17	*+ 9,13*
97	Zellgewebsentzündung (einschl. Panaritium), Furunkel u. Karbunkel	16,26	20,57	*+ 4,31*	7,09	12,54	*+ 5,45*
99—102	*G. Krankheiten der Bewegungsorgane insgesamt* .	*30,51*	*21,14*	*— 9,37*	*11,22*	*12,79*	*+ 1,57*
	darunter:						
102	Muskelrheumatismus . .	14,99	7,75	*— 7,24*	3,13	3,20	*+ 0,07*
103—105	*H. Krankheiten des Ohres insgesamt*	*4,84*	*5,27*	*+ 6,43*	*2,98*	*4,13*	*+ 1,15*
106—107	*I. Krankheiten der Augen insgesamt*	*6,53*	*6,19*	*— 0,34*	*3,94*	*4,98*	*+ 1,04*
	darunter:						
106	Ansteckende Augenkrankheiten	0,59	0,35	*— 0,24*	0,48	0,27	*— 0,21*
108—122	*K. Verletzungen insgesamt*	*67,18*	*49,97*	*— 17,21*	*10,66*	*13,93*	*+ 3,27*
	V. Anderweitige Krankheit. u. unbestimmte Diagnosen	*3,94*	*4,89*	*+ 0,95*	*4,88*	*10,39*	*+ 5,51*
	Hauptsumme insgesamt	*399,72*	*382,79*	*— 16,93*	*270,01*	*383,86*	*+ 113,85*

Eine summarische Tabelle für die Verteilung der Krankheiten in Berlin findet sich auf S. 57.

So sehr diese Tabelle durch die Errichtung neuer Anstalten in den Vororten, durch solche für besondere Fächer, schließlich durch Krieg und Geburtenabnahme beeinflußt wurde, so zeigt sie den allgemeinen Anstieg von 1885—1917 und die besondere Zunahme der Erkrankungen des Zirkulationsapparates und vor allem des Verdauungsapparates.

Schon diese Tabellen kennzeichnen den Charakter des heutigen modernen Krankenhauses in sozialhygienischer Beziehung. Die folgenden Betrachtungen erläutern diesen allgemeinen Schluß im einzelnen. Auf 1000 Einwohner kommen heute in den Großstädten etwas über 60 Krankenhausaufnahmen im Jahre, in kleineren und mittleren Städten etwas weniger, in Städten mit großer industrieller und Bergbaubevölkerung oder in Hafenstädten, wie in Hamburg, sogar erheblich mehr. Hierbei ist aber auch zu berücksichtigen, ob und wieweit solche Anstalten ausschließlich im Interesse der Bewohner des Ortes betrieben werden oder ob und in wieweit sie zugleich bei schwereren Erkrankungen, Unfällen und operativen Leiden sowie bei schweren Entbindungen eine größere oder kleinere Umgebung mit versorgen.

Weiter ergeben sich hier nach Krankheitsformen und nach der örtlichen Lage nicht unbeträchtliche Verschiedenheiten, die aber immerhin einige Grundgedanken klar hervortreten lassen. Im allgemeinen ist die Sterblichkeit der Krankenhausinsassen eine größere als die der gesamten Bevölkerung, weil die Anzahl unheilbar Kranker eine größere ist, viele schwer Erkrankte und Sterbende in den letzten 24 Stunden eingeliefert werden und weil bei allen anderen Krankheiten ja die leichteren Fälle meist zu Hause bleiben und nur die schwereren der Anstalt überwiesen werden. Absolut aber ist die Höhe der Sterblichkeit der Krankenhausinsassen eine außerordentlich verschiedene. In Berlin betrug sie 10—12%, in kleineren Städten und auf dem Lande um 6%. Wenn man bedenkt, daß vor 100 Jahren die großen überfüllten Krankenhäuser der europäischen Großstädte, namentlich von Paris, als Sterbehöhlen bezeichnet wurden, in denen sich Krankenhauskrankheiten von übelstem Charakter, die heute verschwunden sind, von Bett zu Bett verpflanzten, so ist man erstaunt, daß sogar das berüchtigste dieser Pariser Krankenhäuser, das Hotel Dieu, nur eine Sterblichkeit von 16% der Insassen gehabt hat (vgl. S. 2). Der Grund wird verständlich aus den folgenden Erwägungen. In den großen Städten von heute und zumal unter den augenblicklichen ungünstigen wirtschaftlichen und Wohnungsverhältnissen ist das moderne Krankenhaus nicht nur in zunehmendem Umfange *Heilstätte* für *Genesungsfähige*, die früher in einem ungleich viel höheren Prozentsatz ihren Leiden erlegen wären, sondern die Notwendigkeit, in *unheilbaren* Fällen die nächsten Angehörigen der Anstaltsversorgung und *Anstaltspflege* zu überweisen, ist ebenfalls außerordentlich stark angewachsen, so stark, daß sie sogar das Herzensbedürfnis, die nächsten Angehörigen in den letzten Lebenswochen um sich zu haben, tatsächlich überwindet. Natürlich ist dieses Bedürfnis in kleineren Städten und auf dem Lande zwar auch vorhanden, aber wegen schwierigerer Beförderungsgelegenheiten, günstigerer Wohnungsverhältnisse und geringerer Bettenzahl wenig oder gar nicht durchführbar. In Berlin und Hamburg aber ergibt sich, daß zwar auf 1000 Lebende 60—80 Einwohner im Jahre das Krankenhaus aufsuchen, daß aber von je 1000 Todesfällen eines Jahres sogar 33—40%, etwa bis zu 400, in öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern eintreten, also der 5—7fache Satz. Bei Lungenschwindsucht und Krebs beträgt sogar der Anteil derjenigen Krebstodesfälle, die im Krankenhaus eintreten, 50—54% aller Todesfälle an Krebs in ganz Berlin. Diese Zahlen würden noch höher sein, wenn es möglich

wäre, bei diesen Krankheiten die im Laufe eines Jahres eintretenden Doppelaufnahmen in demselben Fall rechnerisch auszuschließen. Eine derartige Erscheinung beweist die Leistungen des Krankenhauses auch als einer Pflegestätte für Unrettbare, die den Ärzten in ihren Gründen nicht näher erläutert zu werden brauchen. Das gilt in zunehmendem Maße auch für Krankheitsformen und Lebensalter, die bisher nicht in diesem Grade beteiligt gewesen waren.

Die *Dauer* des Krankenhausaufenthaltes zeigt seit einigen Jahrzehnten ein ganz charakteristisches Verhalten. Sie liegt, an einem großen Durchschnitt gemessen, etwas unter dem Wert von 30 Tagen. Chirurgische Erkrankungen, akute Infektionen, Entbindungen beanspruchen eine viel geringere Zeit, chronische innere Leiden, komplizierte Verletzungen, Tuberkulose eine ganz erheblich längere. Trotzdem der Bruchteil derjenigen Fälle, die sterbend eingeliefert werden oder an ihrer schweren akuten Infektionskrankheit oder an der Operation in den ersten Aufnahmetagen sterben, recht beträchtlich ist, so bleiben doch die Gesamtzahlen, an einem großen Durchschnitt für alle Krankheitsformen gemessen, überraschend gleichmäßig. Dagegen zeigte es sich, daß, je besser die Anstaltspflege und Anstaltsversorgung und zugleich der Gesundheitszustand der Aufgenommenen waren, desto größer die Neigung war, daß dieser Durchschnittswert sich absenkte. Vor dem Kriege sank er selbst in öffentlichen allgemeinen Krankenhäusern mit recht ungünstigem Material schon auf Werte von 26 Tagen. Es ist kennzeichnend, daß die Verschlechterung der Konstitution der Krankenhauszugänge und die ungünstigeren Ernährungs- und Pflegeverhältnisse in den Jahren des Währungsverfalls ein Ansteigen dieses Durchschnittes sogar über 30 Tage hinaus bewirkten.

Es wäre natürlich falsch, nunmehr zu sagen, daß auf Grund dieser Zahl von rund 30 Tagen für den Kranken ein jedes Krankenhausbett zwölfmal im Jahre ausgenutzt werden könnte, denn Geschlechter und Lebensalter werden in verschiedenen Abteilungen untergebracht; die chirurgische Station kann überbelegt sein, während die Infektionsabteilung leer steht und umgekehrt, ohne daß die eine für die andere herangezogen werden kann. Das Ideal wäre eine jährlich nur achtmalige Belegung des Bettes, um auch für Lüftung, Reinigung und Instandsetzung einzelner Abteilungen in regelmäßiger Reihenfolge sorgen zu können. Die Bettennot zwingt aber zu einer zehnmaligen Belegung, wenigstens in den Großstädten, die immerhin als die Höchstzahl des Zulässigen erklärt werden muß. Daraus errechnet sich die Zahl der Betten, deren eine Gemeinde bedarf. Sie hat den achten bis mindestens zehnten Teil der Gesamtaufnahmen eines Jahres zu betragen. Da aber der Erweiterungsbau Jahre beansprucht, ist hier eine Baupolitik auf lange Sicht nötig. Die Zahl von 60 –80 Kranken auf 1000 Einwohner im Jahre in der Großstadt und von 26—30 Krankenhaustagen läßt errechnen, daß, wenigstens in Berlin, auf den Einwohner durchschnittlich im Jahre $1^1/_2$ Krankenhaustage anzusetzen sind. Natürlich ändert sich das nach den wirtschaftlichen Verhältnissen, dem Lebensalter und Geschlecht. Aber diese Zahl ist für die Gemeinden wichtig, die für ihre Hilfsbedürftigen, bei denen die Zahl von 1,5 Krankenhaustagen natürlich weit übertroffen wird, die Kosten zu übernehmen haben. Das gleiche gilt für Krankenkassenmitglieder. Für den Mittelstand und die wohlhabenden Kreise war die Frage des Krankenhausaufenthaltes überhaupt bis vor kurzem gegenstandslos. Auch für sie galt, daß nur in den seltensten Fällen ein operativer Eingriff oder eine komplizierte diagnostische Untersuchung oder eine Strahlenbehandlung in der Privatwohnung durchführbar war, aber für die Wohlhabenden bestanden Privatsanatorien, in denen sie von den Ärzten ihrer Wahl behandelt werden konnten und ihren Wünschen entsprechend diejenigen Bequemlichkeiten sich zugänglich machen

konnten, auf die sie Anspruch erhoben. Der kleinere Mittelstand wurde schon vor dem Kriege durch eine Krankheit mit operativem Ausgang belastet, zumal durch eine von längerer Dauer, die noch eine Nachkur erforderte.

Heute hat sich die Lage des Mittelstandes gegen früher ganz erheblich verschlechtert. Genau wie die weniger wohlhabende Bevölkerung kann er heute die Mehrausgaben, die durch einen Krankenhausaufenthalt entstehen, ohne schwere Störungen seines wirtschaftlichen Gleichgewichtes oder sogar ohne deren Vernichtung nicht auf sich nehmen. Früher konnte er leicht durch Verzicht auf einige Mehrausgaben in Geselligkeit, Reisen und Bildung die Verluste einbringen; der Beamte erhielt von seiner Behörde eine Unterstützung. Heute sind Rücklagen nicht möglich, es wird also nötig, auch diese Kreise der Bevölkerung auf dem Wege der freiwilligen Versicherung zu schützen. In der Tat sind eine Reihe solcher Versicherungen für den Krankheitsfall überhaupt, wie insbesondere für den Fall der Krankenhausbehandlung, als sog. *Mittelstandskassen* in den letzten Jahren errichtet worden und finden einen außerordentlich starken Zugang. Es darf nicht wieder derjenige Zustand eintreten, der während der Jahre des Währungsverfalls sich geltend machte, daß weite Kreise der Bevölkerung zögerten, Arzt und Krankenhaus aufzusuchen, einfach weil es an Mitteln zur Aufbringung der Kosten fehlte. Es gab damals zahlreiche erschütternde Beispiele von vermeidbarer äußerster Lebensgefahr durch Verzögerung der Inanspruchnahme.

Wenn das Krankenhaus als Heilstätte und Pflegestätte in den letzten Wochen des Lebens Unheilbarer unentbehrlich geworden ist und segensreich wirkt, wenn es durch Absonderung ansteckend Erkrankter eine unserer Hauptwaffen im Kampfe gegen diese Seuchen, namentlich der Jugend, geworden ist, so muß nicht nur der schon geschilderte Gesichtspunkt, alle, die einer Krankenhausaufnahme nicht dringend bedürfen, fernzuhalten oder möglichst frühzeitig zu entlassen, sondern auch der andere noch dringender unterstrichen werden, daß nämlich allen, die in ihrem eigenen Interesse oder in dem der Gesellschaft eine frühzeitige Krankenhausbehandlung nötig haben, der Zugang so sehr als möglich erleichtert wird. Einige europäische Länder haben gesetzlich unentgeltliche Behandlung bei solchen Infektionskrankheiten eingeführt, bei denen die Zwangsabsonderung im Interesse des Schutzes der Gesellschaft erfolgt; so England für die Aufnahme in Infektionskrankenhäuser und Skandinavien mit seiner allerdings kleinen Bevölkerungszahl für die Geschlechtskrankheiten, bei denen gesetzlicher Behandlungszwang eintritt. In Deutschland sind an der Frage der Kostendeckung bei Krankenhauszwang schon manche wichtigen Entwürfe für Gesundheitsgesetze in den letzten Jahren gescheitert. Ein am 30. März 1926 veröffentlichter Erlaß des Reichsarbeits- und Reichsinnenministers weist darauf hin, daß das Fürsorgegesetz von 1924 es ermöglicht, von der Einziehung der Kosten bei Fürsorgebedürftigen abzusehen, wenn sonst die Anstaltsüberweisung unterbliebe und sie zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit notwendig ist. Das gilt besonders für Tuberkulöse zur Absonderung Unheilbarer und zur Unterbringung von Kindern in Heilstätten. Die Empfehlung ist sehr verständig und berechtigt. Sobald aber das Reich nicht gleichzeitig Deckungsmittel gibt, und zwar in ausreichendem Maße, was für die zur Tuberkulosebekämpfung vom Reich ausgeworfenen Mittel nicht zutrifft, wird dieser Rat, so zweckmäßig er ist, auf dem Papier stehen bleiben. Das Verständnis für die Notwendigkeit einer weitgehenden Gesundheitspolitik im Tarifwesen der Krankenhäuser ist überhaupt bedauerlich gering und die kleinen guten Ansätze sind in den letzten Jahren der wirtschaftlichen Not verkümmert. Immer wieder wird betont, daß die Zuschüsse, die schon heute das Krankenhauswesen erfordert, und die ja recht

beträchtlich sind, nicht noch weiter gesteigert werden dürfen. Die Zuschüsse aber erscheinen so hoch nur bei der üblichen Berechnung in einem Jahreshaushalt. Wenn man die Verlängerung der durchschnittlichen Lebensdauer, die Beseitigung von Krankheitsanlagen, die sich erst in einem anderen Lebensalter und Beruf auswerten, die bessere Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, die Verminderung der Verbreitung ansteckender Krankheiten mit ihrer Belastung der öffentlichen Kassen in Gegenrechnung bringt, so ergibt sich, daß die Zuschüsse reichlich wettgemacht werden. Eine Krankenhauspolitik jedoch, wie die heutige, die als Tagessatz von Selbstzahlern Summen fordert gleich denen des täglichen Einkommens eines Familienoberhauptes oder sogar noch höher, wird geradezu ein Verhinderungsmittel für die Beanspruchung des Krankenhauses. Ein achttägiger Krankenhausaufenthalt ist dann allenfalls zu erschwingen, ein achtwöchentlicher ohne erhebliche Ablässe von den Tarifkosten ist einfach unmöglich. Solange die gegenwärtige Tarifpolitik bei den Krankenhausaufnahmen der Selbstzahler in Deutschland weitergeführt wird, ist der Versuch, mit Zahlen und klaren Beispielen den Nutzen des Krankenhauswesens für die Erhaltung und Erhöhung der Volksgesundheit zu beweisen, sehr schwer zu führen. Nur in ganz großen Zügen läßt sich sagen, daß die Zunahme der Hospitalisierung in Deutschland während mehrerer Jahrzehnte, die Ausdehnung dieser Hospitalisierung auf ganz bestimmte Krankheitsformen und die Zunahme der durchschnittlichen Lebensdauer aller Altersklassen über mehrere Zwischenglieder, für die die Erfahrung die Unterlagen liefert, in unmittelbarem ursächlichem Zusammenhang stehen und damit in großen Zügen die sozialhygienische Bedeutung des deutschen öffentlichen Krankenhauswesens erweisen.

In den letzten Jahren ist das Schlagwort aufgetaucht: „Das Geld der Steuerzahler nicht für Krankenhäuser, sondern für Sport- und Spielplätze.“ Wie viele Schlagworte hat auch dieses einen richtigen Kern und eine irreführende Grundstellung. Solange es Krankheiten und gar Epidemien gibt, sind Krankenhäuser unentbehrlich und zwar sowohl für Heilbare wie für Unheilbare. Für Heilbare, weil in der Mehrzahl der Fälle heute nur die frühzeitige Überführung die Erhaltung des Lebens gewährleistet, für die das Leben nicht bedrohenden Krankheiten häufig genug die Wiederherstellung der durch die Erkrankung gefährdeten Erwerbsfähigkeit ermöglicht. Viel zu wenig berücksichtigt ist die Rolle der gewerblichen Fingerverletzungen. Bei den Verletzungen ist der Anteil an der Verkrüppelung in der Tabelle von Biesalski genau berechnet worden und bei Kindern auf fast 10 000 Krüppelfälle veranschlagt worden. Ein Teil von ihnen hat nur dadurch eine ungünstige Wendung genommen, daß zur Verletzung die Infektion trat. Es ist verwunderlich, daß an diesen Erkrankungsformen die Gesundheitsfürsorge bisher nicht das Interesse genommen hat, das ihnen zukommt. Es handelt sich überhaupt um die *Wundinfektionen*, namentlich um solche im Beruf sowie nach Verletzungen und Unfällen. Nicht nur in der Biesalskischen Statistik der Verkrüppelungen, sondern auch in den Krankenhausstatistiken spielen die schweren Eiterungen nach Wundinfektionen eine außerordentlich große Rolle. Dem Krankenhaus werden aber nur die verspäteten und schweren Formen überwiesen, trotzdem beträgt z. B. in Berlin ihr Anteil an den Krankenhauszugängen fast 3%. Die Wundinfektionen nehmen bei gleichzeitiger Verunreinigung der Wunden mit Ölen, Schmutz usw., wie das im Beruf kaum zu vermeiden ist, oft einen verhängnisvollen Verlauf. Ihre Folgen sind dann häufig Verluste von Fingergliedern, Versteifungen von Sehnen und Gelenken der Hand und daraus ergibt sich Arbeitsunfähigkeit oder Berufsschädigung, das Herabsinken eines hochqualifizierten Arbeiters zu untergeordneter und viel schlechter bezahlter Tätigkeit oder gar zum Invaliden. Der wirt-

schaftliche Schaden dieser Form von Wundinfektionen im Kindesalter und bei Berufstätigkeit ist ein außerordentlich hoher und die soziale Versicherung hat für sie an Entschädigungen große Summen zu zahlen. Es ist bekannt, daß das Schicksal der Wundinfektionen von der frühzeitigen und sachgemäßen Behandlung abhängt, und diese wiederum wird beeinflußt durch das vorhandene oder fehlende Verständnis für die Höhe der Gefahr und durch die Schaffung oder Unterlassung von zweckmäßigen Einrichtungen zur frühzeitigen Abwehr. Die Methoden sind natürlich rein medizinisch-chirurgisch und nicht solche der Orthopädie oder der Krüppelberatung, und doch lehren die Zahlen der Krüppelheime über Verkrüppelungen durch Verletzungen bei Kindern, noch mehr aber die Zahlen der Invaliditätsanstalten die Höhe der Schädigungen, die schließlich auch nichts anderes als Verkrüppelungen sind. Also liegt hier auch ein Gebiet vor, dessen sich die öffentliche Gesundheitsfürsorge ganz und gar noch nicht in ausreichendem Maße angenommen hat.

Es ist sicher den Erfolgen der Frühbehandlung in den Krankenhäusern zum größeren Teil zu danken, wenn in einer Zeit von 4 Jahrzehnten, in denen infolge der Ausdehnung der Unfallgefahr die Zahl der Verletzungen durch Industrie, Beruf, Straßenverkehr um das Vielfache zugenommen hat, die Zahl der mit dem Tode ausgehenden Unfälle bei den männlichen Erwachsenen nicht angestiegen ist. Ähnliches gilt für Unheilbare, für die eine die Beschwerden mildernde Behandlung häufig auch bei wirtschaftlich Bessergestellten nur in einem Krankenhause möglich ist. Der Nutzen erschöpft sich damit nicht. Viele Methoden der Diagnostik stehen nur in der Anstalt zur Verfügung; mit ihrer Hilfe wird entschieden, ob eine kostspielige Behandlung notwendig oder entbehrlich ist, und die Frühdiagnose ermöglicht und damit oft genug die Wiederherstellung durch eine einfache Erholungskur durchführbar, die spätere langwierige und kostspielige Behandlungsmaßnahmen erspart.

Ein sehr wichtiger Gesichtspunkt ist rechnerisch gar nicht zu belegen. Die Krankenhausbehandlung beseitigt oft genug durch ihre gegenüber der häuslichen Behandlung umfassenderen Heilverfahren Krankheitsvorgänge und Krankheitsanlagen, die erst in einem viel späteren Lebensalter sich ausgewirkt hätten. Eine Appendicitisoperation im Intervall ohne das Vorliegen lebensbedrohender Zustände macht den Eintritt eines tödlichen Anfalls Jahre und Jahrzehnte später unmöglich; eine hygienisch zweckmäßige Behandlung kindlicher akuter Infektionen, und bestände sie auch nur in besserer Schwesternpflege, arbeitet einer verfrühten Abnutzung des Herzmuskels entgegen. Die zahlenmäßigen Erfahrungen der Lebensversicherungsmedizin beweisen dies für die gründliche Behandlung des jugendlichen akuten Gelenksrheumatismus. Eine vollständige Ausheilung der Syphilis der Jugendlichen im Stadium des Ausbruchs der Verallgemeinerung, wie sie eben nach bekannten Statistiken in der Privatbehandlung nicht erfolgt, *muß* der heute nach den Erfahrungen wieder der Lebensversicherungsmedizin bestehenden Verkürzung der Lebensdauer durch die Erkrankungen des Zirkulationsapparates und Zentralnervensystems entgegenwirken. In der Krankenhausstatistik ist dieser Faktor der Besserung der Prognose auf spätere Jahrzehnte des Lebens bisher nicht genügend berücksichtigt worden. Und doch ist nicht zu bezweifeln, daß gerade diese wenig beachtete Wirkung ihren großen Anteil an der Zunahme der durchschnittlichen Lebensverlängerung in allen Altersklassen hat, den uns die Sterbetafeln der letzten Jahrzehnte beweisen. Wenn dieser Gesichtspunkt von so weittragender bevölkerungspolitischer und gesundheitspolitischer Bedeutung etwas mehr beachtet würde, so könnten jene engherzig eingestellten Finanzpolitiker, die nur die Bilanz eines Jahres in Einnahme und Ausgabe im Auge haben, mit ihrer die Krankenhausbenutzung

erschwerenden gesundheitsfeindlichen Pflegesatzgebarung sich weniger leicht durchsetzen. Die Krankenhausbehandlung ist grundsätzlich viel wirksamer als diejenige im Hause; der Reiche, der zu Hause bleibt, ist oft viel schlechter dran als der Arme, dem die hygienisch, medizinisch und pflegerisch besten Einrichtungen zur Verfügung stehen. Das kommt nur deshalb nicht zum Ausdruck, weil die Mehrzahl der im Hause behandelten Krankheiten geringfügig sind und von selbst ausheilen, freilich oft genug mit Überbleibseln oder Hemmungen der gesundheitlichen Entwicklung. Auch der Arzt kann seine Kunst und sein Wissen im Krankenhause viel besser zur Geltung bringen und ist im Interesse seiner Kranken viel weniger durch zahlreiche Hemmungen und Rücksichten gebunden.

Die Tatsache, daß der Schwerpunkt der Diagnose und Behandlung aller ernsteren Erkrankungen von der Wohnung nach der Anstalt sich verschiebt und daß auch die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ihr wirksamstes Mittel durch die Absonderung in der geschlossenen Anstalt erfährt, muß den Wirkungsbereich der praktischen Ärzte in steigendem Umfang einengen. Dazu kommt, daß auch auf dem bisher mit Krankenhausbetten schlechter versorgten Lande diese Lücke ausgefüllt wird und daß der steigende Gebrauch von Kraftwagen und Sanitätsflugzeug die räumlichen Entfernungen ausgleicht. Die Vertreter der Interessen des ärztlichen Berufes werden mit dieser unabwendbaren Entwicklung zu rechnen haben und auch die Universitätslehrer werden sich darauf einstellen müssen. Dazu kommt, daß die Erkrankten nicht nur während ihres jeweiligen Leidens in stets steigendem Umfang der Behandlung durch den frei praktizierenden Arzt entzogen sind, sondern daß die Neigung sich steigert, nach der Entlassung in Fällen drohender Gesundheitsstörung sich von den Stationsärzten der Anstalt erneut beraten zu lassen. In Amerika, wo wenigstens in den Großstädten die Krankenhäuser private Einrichtungen sind, die der Bevölkerung aller gesellschaftlichen Schichten zur Verfügung stehen und ihre Tarife nach der wirtschaftlichen Lage stellen, hat die ärztliche Standesvertretung diese Entwicklung schon lange ins Auge gefaßt und ihren Schäden für den Stand in eigenartiger Weise zu begegnen begonnen. Hier besteht eine aus den Reihen der Ärzte errichtete Kontrollkommission, das der Americ. med. assoc. angehörige College of surgeons, die nicht wie bei uns nur Richtlinien aufstellt, sondern maßgebende Vorschriften für Einrichtungen, Pflege, Versorgung, Aufenthaltsdauer aufstellt und deren Einhaltung überwacht. Sie bestimmt auch über die von der Allgemeinheit gestifteten Mittel, verwarnt Anstalten, die ihren Normen nicht genügen oder schließt sie im Verschärfungsfalle von dem Bezug der Stiftungsmittel aus, wodurch ihre Schließung heraufbeschworen wird. Für die größeren Krankenhäuser gilt auch dort der Grundsatz der Leitung durch Fachmänner, die aber häufiger wechseln als bei uns. Neben diesen für die Behandlung der eingelieferten Kranken verantwortlichen Persönlichkeiten besteht aber noch meist ein sog. Stab von Krankenhausärzten, den Ärzten der Umgebung, die ihre Kranken regelmäßig derjenigen Anstalt überweisen, deren Stab sie zugehören, die ihre Patienten besuchen und so sich die Möglichkeit des Zugangs in ihre Behandlung nach der zum frühest möglichen Zeitraum erfolgenden Entlassung sichern, die durch ihre Mitarbeit zugleich aber auch die Existenzfähigkeit der Anstalt gewährleisten und somit ihr Interesse mit dem des Krankenhauses vereinen. Die eigenartige Organisation des nordamerikanischen Krankenhauswesens ist eingehend in einem Aufsatz von Prof. Lewinsky-Corvin über „Die Entwicklung und Probleme des amerikanischen Krankenhauses“ in der Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen 1926, Nr. 24, dargestellt. Es ist bei der ganz verschiedenen Organisation der öffentlichen Anstalten in Deutschland und bei

dem Bestehen der Sozialversicherung, die mehr als die Hälfte der Krankenhausinsassen stellt, kaum zweifelhaft, daß dieses amerikanische System der Selbsthilfe der Ärzte für Deutschland nicht übertragbar ist. Ein Teil der Minderung ärztlichen Wirkens kann dadurch ausgeglichen werden, daß wenigstens in kleinen Städten und auf dem Lande die Ärzte kleine geschlossene Abteilungen für ihre eigenen Kranken selbst betreiben, gegebenenfalls durch Zusammenarbeit mehrerer Fachärzte. Sonst aber wird und muß Zahl, Umfang und Leistung der freien ärztlichen Tätigkeit steigend sinken zugunsten der steigenden Einstellung von fest angestellten Ärzten im Anstaltsbetrieb, und dementsprechend wird auch die Anstaltstätigkeit für Oberärzte und Assistenten mehr als heute statt einer Durchgangstätigkeit zur Ausbildung Lebensberuf werden, wie dies an Irrenanstalten schon jetzt der Fall ist und an Tuberkulosekrankenhäusern schon im Werden ist.

XIV. Stellung des Krankenhauses zur Gesundheitsfürsorge.

Das Krankenhauswesen ist der älteste Zweig sozialer Krankenfürsorge, der nicht nur seine Bedeutung bewahrt, sondern gesteigert hat. Neben der Behandlung Erkrankter entstand aber weiter seit einem Vierteljahrhundert überall in den kultivierten Ländern die Gesundheitsfürsorge als ein grundsätzlich durchaus neuer Zweig der Heilkunde, dessen Wesen und Organisation in den zahlreichen Darstellungen dieses Handbuches in seiner Bedeutung zur Geltung gekommen sind. Die Gesundheitsfürsorge entstand vollkommen unabhängig von den Einrichtungen der Krankenbehandlung; sie entwickelte sich in ihren einzelnen Zweigen selbständig und unter verschiedenen Trägern, bis die Notwendigkeit des Zusammenschlusses in Verwaltung und Betrieb sich geltend machte und der einheitliche Gedanke des Zieles schärfer hervortrat. Die Gesundheitsfürsorge hat in den einzelnen Ländern verschiedene Formen angenommen. Es war verständlich, daß in Deutschland, dem Lande der sozialen Versicherung, die ihr zugrunde liegenden Gedanken auch für die nichtversicherte Bevölkerung sich geltend machten, daß dagegen in anderen Ländern, in denen der Wert der vorbeugenden Frühbehandlung nicht weniger anerkannt wurde, durchaus andere Formen der Organisation geschaffen werden mußten.

Neuerdings tritt nun der Gedanke immer schärfer hervor, daß die Gesundheitsfürsorge als vorbeugende Maßnahme drohender Erkrankungen und der Frühbehandlung und das Krankenhauswesen als Einrichtung zur Behandlung und Heilung deutlich Erkrankter sehr viele und enge Beziehungen haben. Daraus entstand immer bewußter die Forderung, beide Zweige der Heilkunde einander anzunähern und in Verbindung zu bringen.

Am stärksten ist diese Entwicklung in zwei Ländern von ganz verschiedener Weltanschauung fortgeschritten: in Sowjet-Rußland und in Amerika. In dem erstgenannten Reich, in dem nach den Vorbildern anderer Länder die Gesundheitsfürsorge an der Zentralstelle als ein unerläßliches Mittel zur Erhaltung der Volksgesundheit gewürdigt wurde, sind, wenigstens in den Hauptstädten, mit Reichsmitteln die Fürsorgeeinrichtungen geschaffen worden und für das Land geplant. Dabei ist es kennzeichnend, daß hier von vornherein sämtliche Fürsorgestellen in engsten räumlichen und persönlichen Zusammenhang mit den staatlichen Krankenanstalten gebracht sind, daß hier also das Krankenhaus zugleich der Sitz der Einrichtungen der Tuberkulosebekämpfung, Mutterfürsorge, Säuglingsfürsorge, der Gesundheitsüberwachung der Arbeiter usw. geworden ist.

Umgekehrt in *Amerika*. Dort, wo die Krankenhäuser, wie auf S. 14 berichtet ist, zu einem großen Teil aus Stiftungsmitteln erhalten werden, wo durch die Zentralstellen ihre Überwachung in der Beachtung der von ihnen aufgestellten Richtlinien geschieht, müssen die Krankenhäuser die Bevölkerung werbend für sich gewinnen durch von ihnen gebotene Vorteile. Weiter haben sie ein sachliches Interesse daran, die in ihnen erlangte Heilung auch nach der Entlassung zu erhalten, und schließlich müssen die Krankenhäuser mangels einer sozialen Versicherung einen Teil der Aufgaben der gesundheitlichen Fürsorge für die wirtschaftlich schlechter gestellte Bevölkerung im Interesse der gesamten Gesellschaft mit übernehmen. Deshalb haben dort die Krankenhäuser ihre Aufgaben weit über die unmittelbare Heilbehandlung ihrer Insassen ausgedehnt; sie bilden in kleinen Anfängen, wie dies Lewinski-Corvin in dem auf S. 90 genannten Aufsatz darstellt, gewissermaßen die gesundheitlichen Mittelpunkte des Stadtbezirkes, in dem sie liegen, und treiben in den ihnen angegliederten Polikliniken auch ausgedehnte diagnostische und vorbeugende Heiltätigkeit. Sie bestreben sich aber, ihr Ziel noch mehr zu erweitern, indem sie in der Verfolgung des von Amerika stammenden und neuerdings weiter ausgebauten Gedankens der periodischen Untersuchung von Personen, die sich noch gesund fühlen, den von ihnen entlassenen Kranken die Möglichkeit steter unentgeltlicher Untersuchung und Beratung in den Räumen der Anstalt zusichern und durch geschickte Reklame immer wieder die Einwohner ihres Wirkungsbereiches an diese Einrichtung erinnern. Auch die *soziale Krankenhausfürsorge*, welche dem Schicksal Entlassener nicht bloß in wirtschaftlicher, sondern vor allem in gesundheitlicher Beziehung nachgeht, wird mit Schwesternhilfe stärker betrieben, als das in Deutschland heute noch der Fall ist. Die Amerikaner nennen dies das System der nachgehenden Fürsorge oder „Follow-up". Die eigentliche Tuberkulose-, Säuglingsfürsorge usw., namentlich die erstere, werden dagegen nur in loserem Zusammenhange mit dem Krankenhauswesen von anderen Vereinigungen betrieben. Aber die Amerikaner haben sich das Ziel gesetzt und schlagwortartig gekennzeichnet, daß das Krankenhaus auch eine *Gesundheitszentrale* für die gesamte Umgebung werden solle. Diese Entwicklung ist voll nur verständlich durch die schon erwähnte Tatsache des Fehlens einer sozialen Versicherung und somit nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar.

Wenn demgegenüber neuerdings vielfach auch für Deutschland verlangt wird, daß das russische oder amerikanische System bei uns eingeführt werden solle, so ist andererseits hervorzuheben, daß aus der folgerichtigen Entwicklung heraus in Deutschland schon jetzt die Einrichtungen einer Zusammenarbeit von Krankenhaus und Gesundheitsfürsorge in verschiedenen Formen entstanden sind und sich wie selbstverständlich durchgesetzt haben.

Als das *Rettungswesen* als eine Aufgabe der Gemeinden erkannt und von ihnen übernommen wurde, war es selbstverständlich, daß die Krankenhäuser als Rettungsstellen für erste Hilfe mit einbezogen wurden und daß durch Schaffung eines Krankenbettennachweises sie in den Rettungsdienst eingegliedert wurden. Als zweitens die Entwicklung der Bakteriologie und Serologie es für die Krankheitserkennung notwendig machte, im eigenen Betrieb der Krankenhäuser *bakteriologische Untersuchungsabteilungen* getrennt vom Stationsdienst zu schaffen, da wurden diese von Fachmännern geleiteten Abteilungen auch in den Dienst der Seuchenverhütung für die *gesamte Bevölkerung* mit eingestellt. Aber auch die pathologischen Institute dienen zur Früherkennung bei Verdacht auf bösartige Geschwülste und damit nicht nur dem Krankenhausbetriebe, sondern sie stellen ihre Untersuchungen auch für die gesamte Bevölkerung an und beherrschen hier oft einen sehr ausgedehnten Bevölkerungskreis.

Als im Jahre 1925 das Gesetz über die Behandlung bestimmter *beruflicher Erkrankungen als Unfälle* eine Lücke ausfüllte, mit der Deutschland hinter anderen Ländern zurückgeblieben war, da war von vornherein klar, daß auch auf diesem Gebiete die Krankenhäuser zu beteiligen seien, zunächst zur Aufnahme von Kranken zum Zweck genauer Diagnostik, ferner um unsere Kenntnisse über berufliche Krankheiten zu erweitern und um den ärztlichen Nachwuchs auf diesem Gebiet zu unterweisen.

Aber auch auf dem Gebiet der *Gesundheitsfürsorge im engeren Sinne* bestehen viel stärkere Verbindungen, als allgemein bekannt ist. Die Tuberkulosefürsorge, die jetzt über das ganze Land ausgebreitet ist, wird in Mittelstädten zweckmäßigerweise vielfach in die Krankenanstalten verlegt, und schon jetzt wird manche neue Krankenanstalt einer Mittelstadt von vornherein so geplant, daß die Kreisberatungsstelle für Tuberkulose mit eingebaut wird und ihr die Personen und die Einrichtungen der Anstalt zur Verfügung stehen. Selbst in Berlin ist ein Teil der Beratungsstellen für Tuberkulose in die städtischen Krankenhäuser verlegt worden; an manchen Universitätskliniken haben die Vorsteher der Klinik aus eigenem Interesse zugleich die Fürsorge für Tuberkulöse als Leiter übernommen und in den klinischen Unterricht mit einbezogen.

Ähnliches gilt für die *Beratungsstellen für Geschlechtskranke*. Die Diagnose, die Beratung und die Überwachung der aus der Anstalt Entlassenen wie die Rückverweisung von Rückfällen war dadurch wesentlich vereinfacht.

Auch für die *Säuglingsfürsorge* ist die Zusammenarbeit vielfach sehr weit fortgeschritten. An geburtshilfliche Kliniken und Provinzialhebammenlehranstalten sind kleine Säuglings- und Mütterheime angegliedert, in denen nach der Entlassung Mutter und Kind oder das Kind allein einige Zeit verbleiben kann. An vielen Universitäts-Kinderkliniken ist die Säuglingsfürsorge neben der Poliklinik mit dem klinischen Betriebe räumlich und persönlich verbunden, und dadurch wird auch die Ausbildung von Ärzten und Pflegerinnen in der Kinderfürsorge gesichert.

Das neue preußische *Krüppelfürsorgegesetz* sieht eine engste Zusammenarbeit der in diesem Gesetz vorgeschriebenen Beratungsstellen mit den Krüppelheimen vor. Bei der klinischen Fürsorge der *Geisteskranken* ist die Bewegung im Fluß, entlassungsfähige Geisteskranke in offene Beratungsstellen zu übernehmen, die aber in engsten Zusammenhang mit der geschlossenen Anstalt gebracht worden sind.

Es gibt einige Gebiete der Gesundheitsfürsorge, die scheinbar ohne jeden Zusammenhang mit dem Krankenhauswesen sind, wie die *Schulgesundheitspflege*, welche ja die Überwachung der gesunden Schüler zur Aufgabe hat, und doch haben selbst hier sich Beziehungen zum Kliniker angeknüpft. In manchen Städten hat die Schulbehörde Abkommen mit den städtischen Krankenhäusern oder klinischen Anstalten geschlossen, nach denen die einer Behandlung bedürftigen Kinder den Fachabteilungen von der Schule aus überwiesen werden. Wieder in anderen Städten ist die Auswahl der Schulkinder für Ferienkolonien und Erholungsstätten den Universitäts-Kinderkliniken übertragen. Auf kleinere Fürsorgegebiete, wie Alkohol-, Krebs- und Schwangerenfürsorge, braucht nicht näher eingegangen zu werden.

Aber es bestehen sehr wichtige *umgekehrte* Beziehungen. Will das Krankenhaus die Erfolge der Anstaltsbehandlung sichern, so muß dessen Leiter und Verwalter auf Grund genauer Dienstanweisungen mit der Fürsorgestelle in steter Zusammenarbeit bleiben, um die geheilten, aber durch Beruf und Lebensweise noch gefährdeten Kranken einer weiteren Beobachtung überweisen zu können, und umgekehrt muß die Fürsorge durch Zusammenarbeiten mit der

Anstaltsfürsorge die Möglichkeit der Aufnahme anstaltsbedürftiger Pfleglinge sichern.

Um im Zusammenschluß der Gesundheitsfürsorge mit dem Krankenhauswesen weiterzukommen, bedarf es allerdings auch einer Zusammenlegung der Aufgaben an der Zentralstelle. In Großstädten, in denen für die Verwaltung ein besonderer Stadtarzt oder Stadtmedizinalrat als Magistratsmitglied vorhanden ist, ist es dringend erforderlich, daß diesem Fachmann die Dezernate auf beiden Gebieten übertragen werden und daß er auch Beziehungen zum Wohlfahrtsamt und zur Schulverwaltung hat. Das Bedenken, Krankenhausärzte unter das Dezernat eines klinisch nicht auf der gleichen Höhe stehenden Mediziners zu stellen, hat sich in der Wirklichkeit als unberechtigt herausgestellt, im Gegenteil vollzieht sich die Zusammenarbeit von hygienischem und klinischem Arzt reibungslos. Dieser Verwaltungsmediziner hat Dienstanweisungen aufzustellen, welche die Zusammenarbeit beider Zweige der Heilkunde sichern, und hat durch stete Überwachung und gemeinsame Beratungen Sorge zu tragen, daß die Dienstanweisungen eingehalten werden.

Natürlich hat ein derartiges System, wie es in einer Anzahl deutscher Großstädte schon lange besteht, zur Voraussetzung, daß auch die leitenden Ärzte der Krankenhäuser sich nicht nur als Kliniker und Therapeuten, sondern auch als Mitarbeiter in der sozialhygienischen Praxis fühlen. Dieses Ziel, wo es noch nicht erreicht sein sollte, wird sich im nächsten Jahrzehnt ohne besondere Schwierigkeiten verwirklichen lassen, denn es muß immer wiederholt werden, daß die Einführung der vorbeugenden Methoden ohne die Errungenschaften des physiologischen und pathologischen Laboratoriums und der medizinischen Klinik undurchführbar gewesen wären und daß erst die Einstellung der heutigen Forschungsrichtung auf die Frühdiagnose die Methodik der Gesundheitsfürsorge hat schaffen helfen. Der moderne Kliniker im Krankenhaus arbeitet an der Entwicklung der Gesundheitsfürsorge mit. Außerdem aber hat er das dringendste Interesse an der Erhaltung des Erfolges, der durch seine Behandlung erzielt wurde. Er beklagt es selber am stärksten, daß durch die fehlende Überwachung Berufstätiger nach der Entlassung ein Teil der erzielten Heilerfolge rasch wieder eingebüßt wird und die vor verhältnismäßig kurzer Zeit als genesen und arbeitsfähig Entlassenen in verschlechtertem Zustande der Anstalt erneut wieder zugehen. Das gilt nicht nur für chirurgische Erkrankungen und chronische innerliche Leiden, wie Pleuritiden und ähnliche tuberkuloseverdächtige Organerkrankungen, sondern ebensosehr für Stoffwechselerkrankungen, wie Diabetes, und für Berufserkrankungen, das gilt namentlich für ganze Gruppen der aus Fachabteilungen und Fachanstalten Entlassenen.

Die soziale Krankenhausfürsorge, selbst wenn sie vollständiger ausgebaut werden sollte, als das heute der Fall ist, und wenn längst aufgestellte Pläne sich durchgesetzt haben, kann diese Lücke nicht ausfüllen. Wir bedürfen der bei uns namentlich für die Krankenkassenmitglieder noch gar nicht eingerichteten *nachgehenden Fürsorge*. Sie ist derjenige Teil der Gesundheitsfürsorge, an dessen Ausbau überhaupt noch nicht herangegangen ist, trotzdem Krankenkassen wie Krankenhausärzte von ihrer Notwendigkeit seit langem überzeugt sind. Diese nachgehende Fürsorge hat eine Prognose auf lange Sicht zu treiben, sie hat sich nicht nur mit den Geschicken derjenigen Kranken zu befassen, die in der Anstalt behandelt worden waren, sondern mit den langjährigen Folgen der Minderung der Gesundheit im beruflichen Kampf ums Leben. Die Ausfüllung dieser Lücke liegt im Interesse des Krankenhauses wie der Gesundheitsfürsorge und der Gesundheitswirtschaft. Sie ist leicht in der Zusammenarbeit von Krankenhausverwaltung und Sozialversicherung durchzuführen, sobald man erst einmal

sich über die Notwendigkeit klar geworden ist, und in dieser Frage wenigstens können die amerikanischen Erfahrungen für uns nutzbringend werden.

Literatur.

Grober, J.: Das deutsche Krankenhaus. Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten. Bearbeitet von zahlreichen Fachgelehrten, unter Mitwirkung von E. Dietrich. 2. Aufl. Mit 389 teilweise farbigen Abbildungen im Text, 1 lithographischen Tafel und 1 Beilage. VIII, 932 S. 1922. — Grober, J. und E. Dietrich: Ergebnisse und Fortschritte des Krankenhauswesens. Jahrbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb von Krankenanstalten. 3 Bände. Bd. I: Mit 148 Abbildungen. VIII, 424 Seiten. 1912. Bd. II: Mit 166 Abbildungen. V, VI, 542 Seiten. 1913. Band III: Mit 54 Abbildungen im Text. VI, 287 Seiten. 1920. — Grober, J.: Die Einrichtung der Krankenstation. 88 S. 1912. — Weinstock, P.: Krankenhaus-Betriebslehre. Grundsätze und Erfahrungen in wirtschaftlichen und verwaltungstechnischen Krankenanstaltsbetrieben. X, 115 S. 1924. — Lewinski-Corwin, E. H.: The hospital situation in greater New York; report of a survey of hospitals in New York City by the public health committee of the New-York academy of medicine. Mit Abbildungen. 272 S. 1924. — Ruppel, F.: Deutsche und ausländische Krankenanstalten der Neuzeit. Studien und kritische Betrachtungen über Anlage und Einrichtung größerer neuzeitlicher Krankenhäuser in Deutschland, Österreich, Belgien, Holland, England und Frankreich. 2., unveränderte Aufl. Mit 206 Abb. im Text. VIII, 149 S. 1924; — Der allgemeine Krankenhausbau der Neuzeit, seine Planung, Ausführung und Einrichtung nach hygienisch-technischen Grundsätzen. Mit 244 Abb. im Text. IV, S. 197—482. 1918. — Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen. Fortsetzung der „Zeitschrift für Krankenanstalten". Organ des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen und der Vereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten von Krankenanstalten. Erscheint 14tägig. — Das deutsche Krankenhaus 1925. Im Auftrag des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen herausgegeben von Dr. W. Alter. 304 S. Berlin 1927.

Siechenhäuser und Altersheime.

Von

Franz Goldmann

Berlin.

Mit 9 Abbildungen.

I. Allgemeiner Teil.

1. Das Problem.

Seit dem letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts haben sich Bewegung und Aufbau der Bevölkerung des Deutschen Reiches grundlegend geändert. Unter der Wirkung dieser Ereignisse wird die Wohlfahrtspflege schon heute, noch mehr aber in der nächsten Zukunft, vor ganz neue Aufgaben gestellt werden.

Die etwa seit dem Jahre 1872 bis in den Beginn des 20. Jahrhunderts hinein bei ständig absinkender Säuglingssterblichkeit fortgesetzt steigende Geburtenzahl, der sich unvermittelt daran anschließende scharfe Rückgang der Geburten mit der Erreichung des besorgniserregenden Tiefstandes in den Jahren nach 1916, schließlich die starken Lücken, die durch die Kriegsverluste in den mittleren Jahrgängen gerissen wurden — all das hat zusammengewirkt, um in der *Altersgliederung des Deutschen Volkes* bereits jetzt recht erhebliche *Verschiebungen* herbeizuführen. Je länger die Geburtenziffer niedrig bleibt und je mehr die vor der Jahrhundertwende geborenen Personen in den nächsten Jahrzehnten aus dem produktionsfähigen in das höhere Alter vorrücken, desto stärker muß sich die *Häufung alter Leute* in der Bevölkerung auswirken. Fast ohne nennenswerte Schwankungen betrug der Anteil der Übersechzigjährigen an der Gesamtbevölkerung des Deutschen Reiches in der Zeitspanne von 1871 bis 1910 etwa 7,8%, bereits im Jahre 1919 stieg er auf 8,5%, und in weiterer ununterbrochener Steigerung muß er im Jahre 1930 auf 10,7%, im Jahre 1940 auf mindestens 13% wachsen, soweit sich Schätzungen auf Grund des Bestandes bei der Volkszählung vom 8. X. 1919 und der sich aus den all-

Tabelle 1.

Im Deutschen Reich sind Personen im Alter von über 60 Jahren vorhanden:

Jahr	Männlich	Weiblich	Zusammen	Auf 100 der Gesamtbevölkerung
1871	1 490 952	1 658 802	3 149 754	7,5
1880	1 658 497	1 896 326	3 554 823	7,8
1890	1 796 334	2 148 308	3 944 642	7,9
1900	1 982 388	2 414 479	4 396 867	7,8
1910	2 300 000	2 800 000	5 100 000	7,8
1919	2 300 000	2 800 000	5 100 000	8,5
1930[1])	2 900 000	3 500 000	6 400 000	10,7
1940[1])	3 500 000	4 300 000	7 800 000	13,0

[1]) Voraussichtlich.

gemeinen deutschen Sterbetafeln für die Jahre 1901—1910 ergebenden Absterbeordnung in vorsichtiger Weise vornehmen lassen.

Noch viel deutlicher muß die Entwicklung in denjenigen Gebieten hervortreten, die aus den Jahren zwischen den beiden letzten Kriegen einen starken Wanderungsgewinn zu verzeichnen haben. Ein sprechender Beleg sind die Beispiele Groß-Berlin und Hamburg.

Tabelle 2. *Überalterung in Berlin und Hamburg.*

Jahr	Personen über 60 Jahre							
	in Groß-Berlin				in Hamburg (Staat)			
	männlich	weiblich	zusammen	auf 100 der Gesamtbevölkerung	männlich	weiblich	zusammen	auf 100 der Gesamtbevölkerung
1910	83 331	135 746	219 077	6,3	27 645	39 774	67 419	6,6
1919	113 300	185 300	296 600	7,8	36 405	50 680	87 085	8,3
1930[1])	180 000	240 300	420 300	10,5	52 800	62 200	115 000	11,0
1940[1])	251 000	325 400	576 400	14,4	62 500	81 000	143 500	13,6

Drei Ereignisse könnten hierin Änderungen herbeiführen: Eine sehr starke Einwanderung jüngerer Personen aus den Randstaaten; eine wesentliche Zunahme des Gebärwillens und ein erhebliches Absinken der in Deutschland noch immer sehr hohen Säuglingssterblichkeit. Ob wir berechtigt sind, mit derartigen Möglichkeiten zu rechnen, ist fraglich. Wenn auch vielleicht zu Ende des 20. Jahrhunderts ein Ausgleich zu den abnormen Verhältnissen erfolgt — *die nächsten Jahrzehnte werden der um produktive Kräfte verringerten Allgemeinheit durch den außerordentlich hohen Prozentsatz erwerbsbeschränkter und erwerbsunfähiger Menschen ungeahnte Lasten auferlegen.*

Denn der Notstand, der sich in Zeiten ruhiger wirtschaftlicher Entwicklung beim Eintreten eines langwierig verlaufenden Krankheitsfalles oder bei Erwerbsunfähigkeit infolge höheren Alters nur bei einer begrenzten Zahl von Angehörigen besonders ungünstig dastehender Schichten entwickelte, ist durch den Zusammenbruch unserer Währung und die Vernichtung der Substanz eine Erscheinung geworden, von der große Klassen, ganze Stände, ja man kann sagen die Mehrzahl der Bevölkerung aufs allerschwerste betroffen und unvermeidbar der öffentlichen Fürsorge zugedrängt werden. Es hat sich hier also ein der Art und dem Umfange nach *neues Massenproblem* entwickelt, das durch die gesellschaftlichen Umschichtungen der letzten Jahre, insbesondere die Enteignung des Mittelstandes, ein besonderes Gepräge erhält und neben der sozialökonomischen auch eine kulturpolitische und sozialpolitische Seite hat.

Es liegt demnach aller Grund vor, dem Problem der Altersfürsorge und der Fürsorge für chronisch Kranke erhöhte Beachtung zu schenken, zumal ja die Übergänge zwischen Siechtum und Alter fließend sind. Zwar ist die Ansicht verständlich, daß alle die Menschen, die aus der Produktionsgemeinschaft ausgeschieden sind, hinter denen zurückstehen müssen, die Werte schaffen oder Zukunftshoffnungen sind. Und fraglos muß auch die öffentliche Fürsorge in erster Reihe sich dieser Gruppen annehmen, wenn anders sie planmäßige Gesundheitspolitik und Wohlfahrtspflege treiben will. Aber genügt es, die Fürsorge für die Alten und Siechen, soweit sie über die enggezogenen Grenzen der Pflichtleistungen aus der Reichsversicherungsordnung und der Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 hinausgeht, der Wohltätigkeit und der privaten Wohlfahrtspflege zu überlassen, die ja immer mit größter Liebe

[1]) Voraussichtlich.

und Aufopferung am Werke gewesen sind, um das harte Schicksal des Siechtums und der Gebrechlichkeit im hohen Alter zu mildern?

Selbst wenn wir alle Forderungen sozialer Ethik und der Religion aufs äußerste beschränken, bleiben noch genügend Gründe für die öffentliche Wohlfahrtspflege, ihre Einrichtungen zu verstärken und zu verbessern. Es ist einmal gesagt worden, die Fürsorge für die Jugend sei die Probe auf die Weisheit eines Kulturvolkes, die Fürsorge für das Alter die Probe auf das Herz. Dieser Satz ist nur bedingt richtig. Auch reine Vernunftsgründe, kühle Erwägungen der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit sind für die Frage von größter Bedeutung. Denn mit der Vermehrung der Zahl der alten Leute wächst auch die Wahrscheinlichkeit, daß Greise wegen der Gebrechen, die mit dem Alter einhergehen, ihre Zuflucht in Anstalten nehmen. Die Schärfe des Konkurrenzkampfes schaltet sie aus dem Erwerbsleben bereits zu einem Zeitpunkt aus, wo ihre Arbeitskräfte den vollen Ansprüchen nicht mehr genügen, aber gleichwohl noch nutzbringend verwertet werden könnten. Die offene Fürsorge versagt, da sie die Mängel ihres Ursprunges aus der Armenpflege noch nicht gänzlich abgestreift und bisher nur wenige erprobte Formen veredelter Fürsorge gefunden hat. Die niedrige Lebenshaltung, die für die Mehrzahl der Bevölkerung auf lange Zeit hinaus stabilisiert ist, zwingt viele Familien geradezu, unnütze Esser und lästige Mitbewohner abzuschieben. Denn nicht das Alter oder die chronische Erkrankung an sich, sondern der in ihrem Verlauf auftretende wirtschaftliche Notstand, die Zerrüttung der Familie, die Auflösung des Haushaltes, die Ungunst der Wohnungsverhältnisse, in anderen Fällen wieder das Fehlen der Familie sind wesentliche Gründe, daß die öffentliche Fürsorge in Anspruch genommen wird. Die beste Versorgung bietet dann die Anstalt. Da aber die Einrichtungen der geschlossenen Fürsorge für Pflegezwecke infolge ihrer geringen Zahl auch nicht im entferntesten ausreichen, um dem Bedarf zu genügen, ist der üblichste Weg die *Aufnahme in das Krankenhaus.*

Im Jahre 1923, das als das Jahr der stürmischen Markentwertung für diese Zusammenhänge besonders aufschlußreich ist, war *jeder sechste* Mensch, der in das inmitten eines dichtbevölkerten, armen Bezirkes liegende Berliner Krankenhaus am Friedrichshain eingeliefert wurde, *älter als 60 Jahre!*

Tabelle 3. *Anteil der mehr als Sechzigjährigen an den Krankenhausaufnahmen.*

	Zahl der Gesamtaufnahmen			Davon über 60 Jahre alt			
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	je 100
Januar	552	730	1 282	104	122	226	17,6
Februar. . . .	475	639	1 114	81	87	168	15,0
März	500	622	1 122	88	96	184	16,4
April	439	577	1 016	61	91	152	14,9
Mai	466	569	1 035	47	86	133	12,8
Juni	425	548	973	66	66	132	13,5
Juli	411	521	932	66	65	131	14,0
August	417	545	962	53	65	118	12,2
September . .	397	491	891	60	78	138	15,4
Oktober. . . .	356	550	906	51	65	116	12,8
November. . .	428	510	938	94	83	177	17,0
Dezember . . .	420	484	904	87	113	200	22,1
Zusammen . .	5286	6789	12 075	858	1017	1875	15,5

Der Zustrom alter Leute in die Krankenhäuser wird noch eindringlicher bewiesen, wenn man nur die für sie in erster Linie in Betracht kommenden inneren Stationen berücksichtigt. Fast 24% aller Neuaufnahmen der inneren Station des Berliner Rudolf-Virchow-Krankenhauses hatten im Jahre 1923

bereits das Alter von 60 Jahren überschritten. Man muß von vornherein bezweifeln, daß eine so starke Beteiligung der höheren Altersklassen an der Belegung der Krankenhäuser durch die Gesundheitsverhältnisse bedingt ist. In den Jahren 1897—1900 ist einmal ermittelt worden, daß durchschnittlich 6,8% der Aufnahmen älter als 60 Jahre waren. Von damals zu heute ist also keine natürliche Entwicklung vor sich gegangen, sondern eine *progressive Zunahme* zugunsten der Greise und dementsprechend zuungunsten der produktiven Altersklassen erfolgt. Diese Veränderungen stammen nicht von einer absolut größeren Erkrankungshäufigkeit im höheren Alter, soweit man aus den Sterblichkeitsziffern auf die Morbidität schließen darf. Die allgemeine Sterblichkeit ist günstiger als in den Vorjahren, akute Infektionskrankheiten, wie die Grippe, haben nicht mehr Opfer gefordert als durchschnittlich, die sog. Erkältungskrankheiten sind nicht auffällig hervorgetreten. Sondern hier wirken *soziale Faktoren* ausschlaggebend mit. Dafür spricht, abgesehen von der Erfahrung aller Krankenhausärzte und Sozialärzte, daß es sich nicht um Zufälligkeiten eines Jahres, sondern fast um ein gesetzmäßiges Verhalten handelt. Trotz der Bemühungen, die in Berlin gemacht worden sind, um dieser Überfüllung mit ungeeigneten Patienten vorzubeugen, gelingt es zunächst nicht, bessere Verhältnisse herzustellen.

Bei einer Stichprobe, die am 20. XI. 1924 in drei großen Berliner Krankenhäusern über den *Bestand an Insassen, die das 60. Lebensjahr überschritten hatten*, gemacht wurde, ergab sich das folgende Bild:

Tabelle 4. *20. XI. 1924. Bestand der Insassen in drei großen Berliner Krankenhäusern, die das 60. Lebensjahr überschritten hatten.*

Krankenhaus	Gesamtbestand			Davon über 60 Jahre alt			
	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	je 100
Rudolf-Virchow-Krankenhaus	1073	988	2061	123	117	240	11,5
Krankenhaus Neukölln-Buckow	411	446	857	46	62	108	12,6
Krankenhaus am Friedrichshain	439	436	875	97	81	178	20,3

Diese Zahlen werden erst dann in das rechte Licht gerückt, wenn man hinzufügt, daß im Rudolf-Virchow-Krankenhause am gleichen Tage etwa $^3/_4$, in Neukölln etwa die Hälfte und im Krankenhaus am Friedrichshain etwa $^3/_5$ des Bettenbestandes für Spezialstationen in Anspruch genommen waren, die nach ihrer Bestimmung vorwiegend Kranke in jüngeren Jahren aufnehmen sollten. Bezeichnenderweise führt auch in Amerika der Mangel an Einrichtungen zur Pflege zu ganz ähnlichen Vorgängen. Im Boston City Hospital befanden sich während der Zeit von Oktober 1923 bis Ende Januar 1924 unter 280 Zugängen 22% im Alter von über 60 Jahren, die zum größten Teil als nicht krankenhauspflegebedürftig bezeichnet werden mußten.

Die geschilderten Zustände sind, wie gesagt, nicht durch gesundheitliche Gründe bedingt. Dies zeigt auch die Tatsache, daß sich die Zahl der *Zugänge* in den Krankenhäusern *wegen Altersschwäche* gegenüber der Vorkriegszeit sehr stark vermehrt, die Sterblichkeit wegen Altersschwäche dagegen kaum wesentlich verändert hat (Tab. 5, gewonnen bei sechs großen Alt-Berliner Krankenhäusern).

Tabelle 5. *Anteil der Altersschwäche an den Zugängen.*

Jahr	Zugänge wegen Altersschwäche	Todesfälle wegen Altersschwäche	Letalität an Altersschwäche auf 100 Aufnahmen
1913	224	29	26
1923	773	230	29

Eine der bedenklichsten Erscheinungen, die die ungenügenden Entleerungsmöglichkeiten in Altersheime und Siechenhäuser gezeitigt haben, ist die

Länge des durchschnittlichen Aufenthaltes auf den inneren Stationen der Krankenhäuser, wie sie an den folgenden Beispielen zum Ausdruck kommt:

Tabelle 6. *Aufenthaltsdauer.*

Der durchschnittliche Aufenthalt betrug:

Krankenhaus		1921	1922	1923	1924
Krankenhaus am Friedrichshain	Berlin	25,9 Tage	23,4 Tage	29,4 Tage	30,7 Tage
Rudolf-Virchow-Krankenhaus		31,6 „	29,4 „	35,3 „	32,0 „
Krankenhaus am Urban.		25,5 „	26,5 „	28,2 „	26,4 „
Krankenhaus Moabit . .		35,1 „	36,1 „	39,0 „	37,2 „

Es handelt sich hierbei keineswegs um eine auf Berlin beschränkte Erscheinung. Im städtischen Krankenhaus Sachsenhausen-Frankfurt a. M. hat die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Jahren 1921—1925 betragen: 23,4, 27,5, 30,6, 29,7 und 27,0 Tage, im Münchener Krankenhaus Schwabing 1912 27,8 Tage, 1922 38,4 und 1924 47,5 Tage. Der Bestand an chronisch Kranken betrug auf der inneren Station des Krankenhauses Schwabing an einem Stichtage im Oktober 1925 97 von 317 Kranken = 30,6%, und an einem Stichtage im März 1926 121 von 418 Kranken = 28,9%.

Damit wird ein unerwartet hoher Bruchteil von Krankenhausbetten der Ausnutzung zu wertebringenden Zwecken entzogen, die kostspieligen Einrichtungen des modernen Krankenhauses werden teils zu häufig, teils zu lange von ungeeigneten Personen in Anspruch genommen, der teure Betrieb wird dadurch unzweckmäßig belastet, der Allgemeinheit werden unnütze Kosten verursacht, dem einzelnen Hilfsbedürftigen aber keinerlei Vorteile gebracht, die er nicht in gleicher Güte, eher sogar besser, auch mit einfacheren Mitteln haben könnte.

Die Lehre dieser Beobachtung lautet: *Jede Verbesserung der Fürsorge für Alte und chronisch Kranke kommt indirekt auch den behandlungsfähigen und unbedingt krankenhausbedürftigen Kranken zugute, indem für sie in den Krankenhäusern Platz geschaffen wird. Und damit erweitert sich die Frage nach dem Schicksal der Siechen und Alten zu einer Hauptfrage der Anstaltspolitik überhaupt.*

Bei dem notwendigen Umbau unseres Fürsorgesystems wird man nun sorgsam abwägen müssen, wieweit Ausbau der geschlossenen oder Erweiterung der offenen Fürsorge den Vorzug verdienen. Zweifellos stellt die Anstalt für viele Fälle von Hilfsbedürftigkeit die geeignetste und beste Form der Fürsorge dar. Aber die wirtschaftlichen Verhältnisse werden ohnedies verhindern, daß die Gefahr des uferlosen Neubauens heraufbeschworen wird. Abgesehen von der Zweckmäßigkeit der Pflege durch Anstaltsfürsorge für das Individuum gestattet eine gut durchgeführte Anstaltspolitik auf dem Gebiete der Fürsorge für chronisch Kranke und Alte in weitgehender Weise die Verwertung der vorhandenen Teilarbeitskräfte. Dies ist um so wesentlicher, als die *Einbußen*, die die Volkswirtschaft *durch die Gebrechen* erleidet, ganz außerordentlich groß sind und jeder Versuch, diese Lasten zu verringern, begrüßt werden muß. Im allgemeinen läßt sich der Geldeswert dieser Verluste schwer berechnen, weil das Alter der Aufgenommenen in Siechenhäusern, Altersheimen und anderen Pflegeanstalten meist nicht festgestellt wird. Da in Berlin für die Aufnahme in die städtischen Hospitäler eingehende Unterlagen nach der ärztlichen und wirtschaftlichen Seite verlangt werden, ist es möglich gewesen, für den Zeitraum vom 1. X. 1922 bis 30. IX. 1923 derartige statistische Angaben zu gewinnen. Überschlägt man nach der Methode, die Freudenberg in seinem „Versuch zur

Erfassung der wirtschaftlichen Bedeutung der Todesursachen" angewandt hat, den Verlust an Ertragswert und die Unterhaltungskosten für alle diejenigen, bei denen selbst ein minimaler Ertragswert nicht mehr erwartet werden kann, so kommt man auf eine Gesamtsumme von 20 Millionen Mark Verluste, mit denen allein im Bereiche von Groß-Berlin die Gesamtwirtschaft durch die Neuaufnahmen in Siechenhäusern während eines einzigen Jahres rechnen muß. Hierbei bleibt noch die recht erhebliche Zahl von Aufnahmen in privaten Altersheimen unberücksichtigt, so daß die angegebene Zahl nur die allerunterste Grenze darstellt.

Von diesen Gesichtspunkten aus wird nun die Frage zu beantworten sein, ob der Stand unserer Einrichtungen auf dem Gebiete der geschlossenen Fürsorge für chronisch Kranke und Alte bereits die notwendigen Handhaben für die weitere Ausgestaltung der Arbeit gibt.

2. Treibende Kräfte und geschichtliche Entwicklung.

Die Frage, was aus den Siechen und Alten wird, ist ein Stück Kulturgeschichte; die beliebteste Lösung „Siechenhaus oder Altersheim" führt in die älteste Vergangenheit des Anstaltswesens zurück. Zwei Perioden der Entwicklung lassen sich da unterscheiden.

In der ersten ist das Schicksal der Siechen und Alten überwiegend *in der Hand privater Stellen*. Als treibende Kräfte finden wir einmal das *religiöse Empfinden*, erwachsen auf dem Boden der buddhistischen Religion und verwandt altchristlicher Anschauungen, das auf Ceylon bereits im 5. Jahrhundert v. Chr. Geburt Hospitäler als Unterkunft für Reisende, für Bettler und Elende schafft und dazu führt, daß in den nächsten Jahrhunderten der östliche Kulturkreis, Indien und China, durch hochentwickelte Anstalten mit vorwiegendem Pflegezweck zur gleichzeitigen Unterbringung von Kranken, Armen, Krüppeln und Blinden ausgezeichnet ist.

Die Griechen kamen ihrer Pflicht zunächst durch Anstellung von Gemeindeärzten nach, hielten sich aber von Anstaltsgründungen fern.

Der Egoismus der römischen Großgrundbesitzer begnügte sich mit privaten Anstalten zur Behandlung erkrankter Sklaven und verwundeter Krieger, Valetudinarien genannt, machte aber in dem Augenblick in seinen Bemühungen Halt, wo ein Wirtschaftswert nicht mehr zu erwarten war. „Man soll altgewordene Ochsen und anderes lebendes Inventar, ebenso wie alte Geräte, alte und kranke Sklaven und andere überflüssige Dinge verkaufen, wenn sie aber nicht verkäuflich sind, auf der Tiberinsel aussetzen" (Cato). So ist bei den Römern das Schicksal Siecher und Alter häufig Preisgabe aus Utilitätsgründen, während die Inder aus tiefster religiöser Auffassung zu demselben Entschluß kamen: Sie verstopften ihren unheilbar Kranken Mund und Nase mit dem heiligen Schlamm des Ganges und warfen sie in die Wellen.

Unter dem überwältigenden Einfluß des *Christentums* tritt ein völliger Umschwung ein. *Nächstenliebe* und *Barmherzigkeit* als treibende Kräfte einer ausgedehnten Fürsorge charakterisieren den nächsten Abschnitt der ersten Periode. Die Sitte der Aussetzung und Tötung verliert ihren öffentlich-rechtlichen Charakter, allerdings gelingt es noch nicht, die Gewohnheit völlig auszurotten, und bei slavischen Völkern erhält sich der Brauch, Alte und Hilfsbedürftige zu töten, bis ins 17. Jahrhundert. Papst Urban rühmte von seiner Christengemeinde in Rom, daß keine Bettler unter ihnen wären; man sorgte dafür, daß alle Bedürftigen in Anstalten untergebracht wurden. Besonders der oströmische Kulturkreis wurde bald sehr reich an Witwen- und Alt-Männerhäusern. Konstantin der Große gründete zu Beginn des 4. Jahrhunderts v. Chr. das Greisenhaus Psamathos, wenig später folgte seinem Beispiel Florentius, Herzog von Antiochien. Aus den Tagen des Justinian (527—567) ist uns vom Vorhandensein einer sehr großen Anzahl von Anstalten berichtet; Witwenhäuser, Cherotrophien, und Alt-Männerhäuser, Gerontotrophien, waren sie genannt. Man benutzte jede Gelegenheit zur Neuerrichtung solcher Häuser. So wandelt Leo VI. Wohnungen von Freudenmädchen in Greisenhäuser um und seinem Beispiel folgte man noch öfters. Anna Komnena machte aus einem Waisenhaus eine Unterkunftsstätte für Greise und chronisch Kranke. Welcher Art die Insassen waren, schildert der Chronist wie folgt: „Da kann man sie in Scharen einhergehen sehen: Blinde, Lahme oder mit anderen Leiden Behaftete, eine ganze Säulenhalle voll Menschen, an den Gliedern und dem ganzen Leibe verstümmelt." Immer waren mit diesen Anstalten auch noch die Zwecke der Herberge und des Krankenhauses verbunden, wenngleich sich hie und da eine Sonderung andeutete. So unterschied

man bereits Armenhäuser = ptochotropheia, Altersversorgungsanstalten = gerokomeia, Krankenhäuser = nosokomeia und Fremdenherbergen = xenodochia.

Auch für die Verwaltung wurden Ordnungen aufgestellt. Das Konzil von Nicäa (325) hat in einem unbekannt gebliebenen Wortlaut die Pflichten der Hospitalmeister festgesetzt. Auf dem Konzil von Pavia (850) wurde bestimmt, daß die Verwaltung aller Armen- und Siechenanstalten in den Händen der Bischöfe liegen solle.

Unter dem Monopol der *Kirche* entstanden dann als Symbol christlicher Wohltätigkeit überall Anstalten für Sieche, Alte, Arme in Fülle. Die Führung hatten zunächst die *Klöster*. Sie gründeten Hospize und Xenodochien, die auch Arme, Witwen und Waisen aufnahmen und gelegentlich „Gutleuthäuser" genannt wurden. Allerdings bleibt das, was im Abendland den Namen Hospital (von hospes, der Gastfreund) erhält, zunächst noch vorwiegend Herberge für Fremde. Ob vor dem 9. Jahrhundert in Deutschland Gründungen dieser Art vorhanden waren, ist nicht sicher. Ende des 10. Jahrhunderts wird das St. Konrads-Hospital bei Konstanz erwähnt, 1021 das Armenhaus der Abtei St. Martin in Köln, 1056 das Haus des Heiligen Geistes in Köln, 1110 das Spital in Straßburg im Elsaß, 1120 das Heilig-Geist-Spital in Freiburg i. Br.

In den nächsten Jahrhunderten sind die großen Seuchenzüge Anlaß zur Neugründung vieler Anstalten und die *Hospitalitergenossenschaften* wie die *ritterlichen Krankenpflegergenossenschaften* treten in Wettbewerb mit den Klöstern.

Im 12. und 13. Jahrhundert wurde nach dem Muster des von Papst Innocenz III. gegründeten Hospitals St. Spirito an der alten Tiberbrücke in Rom durch Guy, den Stifter des Ordens vom Heiligen Geist, eine große Zahl von *Heilig-Geist-Hospitälern* erbaut. Aus dieser Zeit stammen z. B. die noch heute bestehenden Anstalten gleichen Namens in Berlin, Frankfurt a. M., Gmünd, Hamburg, Lübeck, Wittenberg. Die Ritterorden vom heiligen Lazarus, die Johanniterorden und der Deutsch-Ritter-Orden, sowie von nicht kirchlichen Orden z. B. die Beguinen besonders in Belgien und Holland, waren im gleichen Sinne tätig. Immer stärker kam neben der Nächstenliebe der *Selbsterhaltungstrieb und das Streben nach Schutz der Allgemeinheit vor den Gefahren der Seuchen* zur Geltung. Im 13. Jahrhundert soll es bereits 19 000 St.-Georgs-Hospitäler in der christlichen Welt gegeben haben. Sie dienten zunächst ausschließlich der Isolierung der Aussätzigen; als der Aussatz allmählich in Deutschland verschwand, gingen viele Anstalten ein, andere wurden zur Aufnahme von Alten, Siechen und Pfründnern umgestellt. Noch heute tragen eine große Anzahl von Altersheimen und Armenhäusern den Namen des Heiligen Georg oder eines anderen Schutzpatrons, der auf diese Zeiten hinweist. Ein neuer Antrieb zur Errichtung von Anstalten wurde durch die Einschleppung der Syphilis gegeben und bald darauf durch das Auftreten der Pest. Und als auch diese Gefahren zurückgedrängt waren, wurden aus vielen Anstalten wieder Armenhäuser, Altersheime, Herbergen und Krankenanstalten gemacht. Somit dienten sie außer der Bekämpfung von Infektionskrankheiten allen erdenklichen Zwecken, die nichts mit Krankenheilung und wenig mit Krankenbehandlung gemeinsam hatten.

Das 19. Jahrhundert brachte einen völligen Umschwung. In dem Maße, wie das erwachende Bürgertum den Einfluß der Kirche zurückdrängte, das Lebensziel der Bildung durch das Lebensziel des Nutzens ersetzt wurde, wie der Staat des Idealismus zum Staate des Materialismus wurde, wie Industrialisierung und Urbanisierung den Aufstieg der Massen herbeiführten, trat an die Stelle der Wohltätigkeit privater Stellen *bewußtes sozialpolitisches Handeln und planmäßige Wohlfahrtspflege der Gesellschaft*. Die Erkenntnis, daß die Formen neuzeitlicher Vergesellschaftung der Allgemeinheit erhebliche Pflichten auferlegen, fand starken Ausdruck in den großen gesetzgeberischen Taten auf dem Gebiete der sozialen Versicherung und der öffentlichen Fürsorge. Die Krankheit des einzelnen wurde auch vom Standpunkte ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung Gegenstand öffentlichen Interesses. Die zweite Epoche für das Anstaltswesen begann.

Das Ergebnis für die öffentliche Gesundheitspflege ist zunächst das *Entstehen zahlreicher Krankenhäuser*. Selbst kleine Gemeinden setzten ihren Stolz darein, die freiwillig übernommenen Aufgaben dieser Form der Krankenfürsorge unter erheblichen Geldopfern zu erfüllen. Der natürliche *Ausgangspunkt* waren an vielen Orten *die vorhandenen Einrichtungen*. Beispiele dieser Entwicklung sind an einer ganzen Reihe heute noch vorhandener Anstalten nachzuweisen. So war das vom Deutschen Orden gegründete Danziger Stadtlazarett zunächst Pockenhaus, dann Unterkunft für chronisch Kranke, Blinde, Lahme, invalide Soldaten, Obdachlose und Bettler, wurde daneben allmählich auch Heilanstalt für akut erkrankte Arme, befreite sich allmählich immer mehr von diesen Insassen und wurde schließlich durch Entfernung aller Siechen zum modernen Krankenhaus. Das Heilig-Geist-Hospital in Frankfurt a. M. diente der Stadt bis ins 15. Jahrhundert hinein auch als Anstalt für Kranke und wurde dieser Aufgabe erst durch den Neubau moderner Krankenhäuser enthoben, um selbst wieder die Rolle des Altersheims zu übernehmen. Das Heilige-Geist-Hospital in Gmünd, das bereits 1269 in Betrieb war, hat zunächst Pfründner, daneben auch Kranke aufgenommen. An seiner Stelle ist heute ein Neubau, der lediglich die Zwecke

des Krankenhauses erfüllt. Die Stadt Elbing errichtete 1624 in einem alten Gasthofe außerhalb der Stadt ein Pestkrankenhaus, machte es nach dem Aufhören der Pest zum Hospital für arme, alte Personen und errichtete schließlich im 19. Jahrhundert an derselben Stelle einen Neubau, der noch heute durch den Namen „Pestbudestift" an seinen Ursprung erinnert und den Zwecken eines Altersheimes dient. Das Hospital zum grauen Kloster, 1238 in Wittenberg von den Franziskanern gegründet, wurde von Martin Luther in ein Hospital für Aussätzige und Syphilitiker verwandelt, später nach Zerstörung und Wiederaufbau als Waisenhaus benützt und erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts wegen der fürchterlichen Zustände geschlossen. Der Bericht des Stadtphysikus spricht von Venerischen, Krätzigen, Kranken mit langwierigen und akuten Krankheiten, unheilbaren Kranken und Gesunden, die teils der Pflege wegen, teils weil sie sich keine eigene Wohnung verschaffen konnten, dort untergebracht waren. Es war also ein Sammelplatz für alle aus der Gesellschaft Ausgestoßenen. Auf demselben Grundstück wurde dann das neue städtische Krankenhaus gebaut, das aber als Überbleibsel der früheren Zeit zunächst noch das Arbeitshaus mit enthielt.

Andere Anstalten, die auf ein hohes Alter zurückblicken können, *behielten* durch die Jahrhunderte *im wesentlichen ihren Charakter bei.* So sind aus dem 11. Jahrhundert das St. Nikolas-Spital für Unheilbare in München, aus dem 12. Jahrhundert das Hospital zum Heiligen Geist in Hamburg, das Wiener Versorgungshaus St. Andrä, aus dem 13. Jahrhundert das Hospital zum Heiligen Geist und das St. Georgs-Hospital in Berlin, das Marien-Magdalenen-Kloster in Hamburg, der Siechhof in Nordhausen, das Bartholomäus-Hospital in Dresden, das Johannes-Hospital in Leipzig, das Hospital zu den 11 000 Jungfrauen in Breslau, die St. Servatius-Pfründe in Augsburg noch heute in Betrieb und dienen, wie ehemals, teils als Altersheim, teils als Armenhaus.

Noch für Virchow bedeutete das Krankenhaus eine Einrichtung zur Pflege von Kranken, die daneben dem Unterricht der Studierenden und Ärzte und Forschungszwecken diente. Aber seit dem letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts haben die Krankenhäuser in den Großstädten ihre Zweckbestimmung gewechselt. Die Spezialisierung der ärztlichen Wissenschaft und die Fortschritte der Technik führten zu weitgehender *Differenzierung auf dem Gebiete des Anstaltwesens* und immer deutlicher zeichnete sich für die großstädtischen Verhältnisse die *Trennung von Pflege- und Heilzweck* ab. Dem Krankenhaus fielen mehr und mehr die Aufgaben der Erkennung und Behandlung akuter Erkrankungen zu mit dem Endziel, die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu unterstützen. Die dazu notwendige kostspielige Ausrüstung mit allen erdenklichen Apparaten diagnostischer und therapeutischer Art stellte große Ansprüche an die finanzielle Leistungsfähigkeit der Gemeinden und verlangte durch weitgehende Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer des Einzelfalles eine möglichst intensive Ausnutzung. Außerdem übernahm das Krankenhaus aus den früheren Zeiten den Isolierungszweck, so daß ein ständig wachsender Teil der Erkrankungen an akuten Infektionskrankheiten außerhalb der Wohnungen ablief. So verwischte sich der ursprüngliche Charakter der Armenanstalt immer mehr und heute erinnert auch im Volksbewußtsein kaum noch etwas an diese Vergangenheit der Krankenhäuser. Naturgemäß wurde die *zunehmende Verteuerung des Krankenhauswesens* bald Gegenstand sorgenvoller Erörterungen der Fachleute und zahlreiche Verbilligungsvorschläge wurden gemacht. Sie bezogen sich aber fast alle auf bauliche und technische Abänderungen. Nur wenige Gesundheitspolitiker erkannten diejenigen Zusammenhänge, die sich in der Folgezeit als eine schwere Bedrohung des Krankenhauswesens erweisen sollten, frühzeitig und betonten die Notwendigkeit, der Qualität der Krankenhausinsassen größte Aufmerksamkeit zu widmen. Nächst einigen Klinikern wies Lennhoff auf die Notwendigkeit, Heime für Leichtkranke zu errichten, hin und Gottstein bezeichnete bereits im Jahre 1905 als einen Hauptgrund des großstädtischen Krankenhausjammers den Glauben, daß nicht nur sämtliche Kranken schlechthin, sondern auch die Patienten während des ganzen Krankenhausaufenthaltes die kostspieligen Einrichtungen des Krankenhauses brauchten, verlangte planmäßige Dezentralisierung der Krankenhäuser und Errichtung einfacher Anstalten für

die nur zur Pflege eingewiesenen Kranken. Zur selben Zeit stellte auch F. Blumenthal die gleiche Forderung auf. Im Jahre 1908 erschien Grotjahns Buch „Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene", das die Entwicklungstendenzen auf dem Gebiete des Anstaltswesens kritisch beleuchtete.

Auf der 35. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Elberfeld im Jahre 1910 nahmen die bisherigen Anregungen bestimmte Gestalt durch den erschöpfenden Vortrag von Grober an, der mit aller Schärfe das Problem der *Entlastung der Krankenhäuser* umriß. Die Leitsätze, die damals aufgestellt wurden, nannten als Kranke, die die kostspielige Einrichtung der Krankenhäuser nicht nötig hätten, Leichtkranke, namentlich Genesende, und andererseits chronisch Kranke und Sieche, und forderten für sie besondere einfachere Anstalten, sog. Leichtkrankenhäuser, da für die eine Kategorie die Siechenhäuser wegen ihrer sozial traurigen Zustände nicht benutzt werden könnten. In der eingehenden Aussprache zu dem Vortrage konnte kein Ergebnis erzielt werden; Gottstein selbst bezeichnete die ganze Frage derartiger Leichtkrankenhäuser für noch nicht spruchreif.

1913 faßte Gottstein in einem Vortrag in der Berliner Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege die von ihm seit Jahren vertretenen Anschauungen noch einmal unter eingehender Begründung zusammen und richtete die dringende Mahnung an die Ärzteschaft, Neuerungen vorzuschlagen. Gleichzeitig stellte Krohne in einem Aufsa z über die zunehmende Verteuerung des modernen Krankenhausbaues in den „Ergebnissen und Fortschritten des Krankenhauswesens" das vorhandene statistische Material über die Gründe der Krankenhausverteuerung zusammen. Er beklagte in diesem Zusammenhang auch den Zwitterzustand, daß viele alte Krankenhäuser zugleich Siechenhäuser wären, ohne hierin jedoch ein entscheidendes Moment zu erblicken. Die letzte Darstellung dieses Gegenstandes in dem Handbuche „Das deutsche Krankenhaus" aus der Feder von Gottstein muß sich mit der Feststellung begnügen, daß die Idee der Krankenhäuser für Leicht- und chronisch Kranke vorläufig nur an wenigen Stellen Boden gefaßt hat und geht im Anhang nur in aller Kürze auf die Siechenhäuser ein.

Inzwischen haben sich die Verhältnisse, wie in dem einleitenden Kapitel durch neuere Untersuchungen belegt ist, immer mehr zugespitzt. Mit der Entwicklung des Krankenhauswesens hat die notwendige *Scheidung des Aufnahmematerials* nicht Schritt gehalten, vielmehr fanden sich die verschiedensten Arten Hilfsbedürftiger zu den verschiedensten Zwecken nun im Krankenhaus, ähnlich wie früher in den Uranstalten, zusammen. Es scheint, als ob der Höhepunkt dieser Entwicklung aus den eingangs genannten Gründen in die Jetztzeit fällt. Wir nähern uns einem Wendepunkte des Anstaltswesens, an dem eingehende Prüfung nottut, ob die fühlbar werdende Lücke in der Krankenhausversorgung der Bevölkerung durch die Förderung der Anstalten mit vorwiegendem Pflegezweck wenigstens zum Teil geschlossen werden kann.

Die eine Gruppe der hierfür in Betracht kommenden Anstalten ist aus den *Armenhäusern* hervorgegangen. Diese übernahmen, nachdem sich die Krankenhäuser abgezweigt hatten, zunächst die gesamten verbleibenden Aufgaben, die Unterbringung erwerbsunfähiger verarmter Siecher, arbeitsfähiger aber arbeitsscheuer Personen und gesunder Mittelloser, die Erziehung gefährdeter Jugendlicher und die Pflege der Waisenkinder. Sie waren Pflegeheim, Arbeitshaus, Armenhaus, Fürsorgeerziehungsanstalt, Obdach, dienten teils dauernder, teils vorübergehender Unterbringung und waren oft der Schrecken der Bevölkerung als beliebte Zufluchtsstätte für Landstreicher und Stadtbummler, in

denen diese Elemente sich durch die ungünstige Jahreszeit hindurchfüttern ließen oder auf der Wanderschaft zwischen Erziehungsanstalt und Arbeitshaus, Asyl für Obdachlose und Gefängnis oder Irrenanstalt Halt machten. Ihre Einrichtung hielt sich dementsprechend in den bescheidensten Grenzen, vielfach auch weit unter dem unbedingt Notwendigen. Ein starker polizeilicher Einschlag war unverkennbar, und fast als wichtigstes Moment trat die Bemühung hervor, Störungen der öffentlichen Ordnung und Sittlichkeit zu vermeiden. Lange Zeit begnügte man sich in der Fürsorge für Pflegebedürftige sogar mit den einfachsten und unvollkommensten Mitteln der offenen Armenpflege; noch im 19. Jahrhundert gab es in Sachsen einen sog. „Reihenzug", durch den Schwerkranke alle 8 Tage einer anderen Familie zu Unterhalt und Pflege ins Haus gegeben wurden. Die Erkenntnis von der Unzweckmäßigkeit dieser Zustände führte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts auch hier zu Änderungen, das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. VI. 1870 in seinen verschiedenen Fassungen und die dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen der Länder, die die Gewährung des notwendigen Lebensunterhaltes zur öffentlichrechtlichen Pflicht machten und den Ortsarmen- und Landarmenverbänden auferlegten, gaben einen neuen Impuls. Auch hier begann, wenn auch nur zögernd, die Differenzierung der Anstalten nach den Zwecken; von der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ab wurden eine größere Reihe von Pflegeanstalten neu errichtet, über die im nächsten Kapitel „Siechenhäuser" eine Übersicht gegeben ist.

Die Entwicklungsrichtung dieses Zweiges der Anstaltsfürsorge läßt sich in besonders typischer Weise an der Geschichte des *Hamburger Versorgungsheimes* verfolgen. Ursprünglich beabsichtigte man hauptsächlich, den Bettel Auswärtiger zu vermindern und den einheimischen arbeitslosen und arbeitsscheuen Armen Arbeitsgelegenheit zu verschaffen. „Um die armen, verlassenen Schäflein von den stinkenden Böcken zu unterscheiden, ist befunden, daß dies am besten geschehen könne, wenn die rechten Armen mit gebührlicher Unterhaltung versehen, die anderen unverschämten Mäuler aber, die sich nicht mit Ehren zu ernähren gedenken, entweder zu nötiger Arbeit angetrieben oder mit billiger Strafe belegt werden." So wurde in den Jahren 1619—1622 das Werk- und Zuchthaus erbaut. Den Personenkreis, der in die Anstalt gehören sollte, schilderte die Fundationsordnung folgendermaßen: „Daraus abzunehmen, daß zweierlei Personen sein, so in dies Haus gehören, nämlich die Armen und Notdürftigen, die ihre Kost nicht verdienen können, weil sie keine Mittel und Wege dazu haben. Item auch etliche, die ihre Kost wohl verdienen können, aber wegen ihres faulen Fleisches und der guten Tage willen solches nicht tun, sondern gehen lieber betteln, nehmen etwas aus dem Gotteskasten oder sein noch willens, etwas daraus zu nehmen. Auch befinden sich noch viele starke, faule, freche, geile, gottlose, mutwillige und ungehorsame, versoffene Trunkenbolde und Bierbalge, sowohl Frauen als Mannspersonen, die in Untugend, Büberei und in allerlei Sünd und Schand erwachsen und sich täglich des Bettelns vor den Türen und auf den Straßen befleißigen, dieselben gehören alle in dies Haus. Und obzwar wohl noch viel mehr alte, kranke, schwache, gebrechliche, notdürftige und hausarme Leute sein, die der Almosen wohl würdig, auch an ihnen wohl angewandt wären, so ist für dieselben St. Jürgen, der heilige Geist, das Pockenhaus, das Gasthaus, die Gotteskasten, die Armenhäuser, die Gotteswohnungen hin und wieder, und für die armen, unmündigen Kinder das Waisenhaus durch uns und unsere lieben Vorfahren wohlmeinendlich gestiftet und verordnet worden. Die anderen Personen, so in diesem Zucht- und Werkhaus gehören, sind die Züchtlinge (denen man Zaum und Gebiß muß ins Maul legen, wann sie, Herr, nicht zu dir wollen, wie der 32. Psalm, Vers 9, redet), die in ihren Zuchtkojen und Werkstuben gefänglich gehalten werden und arbeiten müssen."

Aus dieser *Verbindung von Armenanstalt und Zuchthaus*, die trotz der Errichtung eines Spinnhauses zur Verwahrung liederlicher Frauenzimmer und junger Diebe aufrecht erhalten blieb, entstanden jedoch immer größere Unzuträglichkeiten. Endlich konnte im 19. Jahrhundert in gewissem Umfange Abhilfe geschaffen werden, indem in einem neueren, umgebauten Teil der Anstalt das Zuchthaus eingerichtet wurde, während in dem älteren die Armen, Alten, Kranken und Kinder verblieben.

Nach der Zerstörung der Anstalt während des großen Brandes 1842 wurde dann 1852 der Grundstein zu der jetzt in Barmbeck befindlichen Anstalt gelegt. Sie hatte von vornherein, abgesehen von den neuen Gebäuden, verschiedene Abteilungen für Sieche, Arbeitsfähige

und die Schulkinder vorgesehen. Jedoch schwand der Charakter der Strafanstalt erst, als im Jahre 1868 in Fuhlsbüttel eine neue Anstalt in Betrieb genommen wurde, die nun nur noch Korrektionäre aufnahm. Aber die Besserungsanstalt für Jugendliche, sittlich verwahrloste Mädchen mußte auch jetzt noch in der Stammanstalt verbleiben.

Ein Schritt weiter brachte es dahin, daß 1884 die Schule in einen Neubau für eine Erziehungs- und Besserungsanstalt verlegt wurde und endlich konnten 1911 auch nach Erbauung einer weiteren Sonderanstalt die sittlich verwahrlosten Mädchen zum größten Teil herausgenommen werden.

Als durch das ständig wachsende Bedürfnis nach Plätzen mit der Neuerrichtung einer Zweigabteilung in Farmsen, die im Jahre 1904 in Betrieb genommen wurde, die Möglichkeit gegeben war, Farmsen nur noch für Vollstreckung des Arbeitszwanges und der Unterbringung Arbeitsfähiger zu verwerten, wurde die Hauptanstalt in Barmbeck lediglich als Siechen- und Altenheim weitergeführt und damit von dem letzten Überbleibsel ihrer Herkunft befreit.

In ähnlicher Weise vollzog sich die Errichtung von Sonderanstalten in vielen Städten. Die *wichtigste Trennung, die des Arbeitshauses vom Siechenhaus und Altersheim*, ist u. a. in Altona, Berlin, Breslau, Dresden, Duisburg, Hamburg, Leipzig, Nürnberg, Plauen durchgeführt. Auch die *Trennung der Siechenhäuser von den Altersheimen*, die naturgemäß nur für die Großstädte mit starkem Bedarf an Plätzen in Frage kommt, ist mehrfach erfolgt.

So gibt es in Leipzig vier verschiedene Arten von Anstalten: Pfleghäuser nehmen nur Kranke und Sieche auf, die ärztlicher Aufsicht und Pflege bedürfen. Versorghäuser sind für Personen bestimmt, die wegen Alters und körperlicher Gebrechen für Unterhalt und Unterkommen nicht mehr selbst sorgen können, ein ehrbares Leben geführt haben und für Armen- oder Pflegehaus ungeeignet sind. Ein Fürsorgehaus trägt den Charakter des Armenhauses und schließlich ist ein städtisches Altersheim für selbstzahlende versorgungsbedürftige Personen vorhanden. In Elberfeld ist unter dem Namen Versorgungshaus eine Anstalt vorhanden zur Aufnahme von Personen, die wegen Alters oder Erwerbsunfähigkeit für Unterkommen und Unterhalt selbst zu sorgen nicht oder nicht genügend imstande sind; daneben ist das Alterspflegeheim für nicht mehr arbeitsfähige pflegebedürftige Personen bestimmt und ein städtisches Männerheim nimmt alleinstehende erwerbsunfähige Männer nicht unter 60 Jahren mit ungenügendem Einkommen auf. Dresden hat ein Versorghaus, eine Heil- und Pflegeanstalt und eine Reihe städtischer Altersheime.

Während die öffentliche Wohlfahrtspflege sich erst spät mit einer besonderen Fürsorge für chronisch Kranke und Altersgebrechliche befaßte, hatte die private Wohltätigkeit von jeher diesem Gebiete ihre ganz besondere Vorliebe zugewandt. Allerdings beschränkte sie ihre Stiftungen von vornherein auf bestimmte, sie besonders interessierende Stände, Berufe oder Schichten, vor allem das Bürgertum, um damit das Gegenstück zu den öffentlichen Anstalten zu haben.

Eine Messingtafel über dem Eingang zum Füchtingshof in Lübeck besagt, das Gebäude sei „für ehrliche Bürgerswitwen von gutem Stand, die durch See-, Feuer- oder ander Unglücksschaden in Trübsal und Not nicht mutwillig sind geraden."

Ferner lehnte die Mehrzahl der in Betracht kommenden Anstalten die Aufnahme Pflegebedürftiger überhaupt ab, da die Einrichtungen hierauf nicht eingestellt waren, oder stellte für diesen Zweck nur eine beschränkte Zahl von Plätzen zur Verfügung.

So erfreulich das Bild der Entwicklung des gemeindlichen Krankenhauswesens ist, so wenig können die Anstalten zur Dauerunterbringung den Vergleich aushalten. Die *starke Vernachlässigung* dieses Zweiges der Anstaltsfürsorge zeigt sich nicht nur in dem Mangel wissenschaftlich verwertbarer Literatur — diese beschränkt sich auf vereinzelte Arbeiten, während die Krankenhausliteratur viele Bände füllt —, sondern auch in dem Fehlen von Angaben über die Zahl der vorhandenen Einrichtungen. Die „Heilanstaltsstatistik für das Deutsche Reich" trennt ohne Unterteilungen nur nach allgemeinen Krankenhäusern, Anstalten für Geisteskranke usw., Augenheilanstalten und Entbindungsanstalten. Die Siechenhäuser sind ebenso wie andere Spezialanstalten trotz ihres grundverschiedenen Charakters unter der ersten Rubrik mit eingerechnet,

ihre Zahl bleibt unbekannt. Von den Ländern haben nur Baden und Bayern in früheren Jahren einmal Erhebungen gemacht, deren Ergebnisse infolge unzureichender Trennung der einzelnen Anstaltsarten und erheblicher Veränderungen im Bestande heute nichts mehr besagen. Im Freistaat Sachsen waren im Jahre 1922 nach einer Umfrage des Landesamtes für Wohlfahrtspflege insgesamt 142 sog. Altersheime mit insgesamt 9695 Plätzen in Betrieb. Es wird die Aufgabe der Medizinalstatistik des Reiches und der Länder sein, in Zukunft entsprechende Angaben in ihre Nachweisungen aufzunehmen. — Die *Gesamtzahl* sämtlicher Anstalten für Dauerunterbringung ausschließlich der Irrenanstalten kann auf etwa 2500 geschätzt werden, die *Bettenzahl* dürfte 80 000 betragen.

920 Heime mit 24 489 Betten gehören zum *Zentralausschuß für innere Mission*, der Spitzenbehörde der evangelischen Wohlfahrtspflege; 992 Heime mit 21 645 Betten sind der Spitzenorganisation der katholischen Wohlfahrtspflege, dem deutschen *Caritasverband*, angeschlossen. Zur *Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden* gehören 41 Heime mit 1360 Betten, zum *Deutschen Roten Kreuz* 57 Anstalten mit rund 1900 Betten, und schließlich zur *Vereinigung der freien privaten gemeinnützigen Wohlfahrtseinrichtungen Deutschlands* 28 Heime mit 1364 Betten. (Stand zu Beginn des Jahres 1926.)

Die *Landesversicherungsanstalten* besaßen im Jahre 1915 in Deutschland 15 eigene Invalidenheime mit 475 Plätzen für Männer und 67 Plätzen für Frauen. Vorwiegend waren daran süd- und mitteldeutsche Versicherungsanstalten beteiligt (Sachsen-Anhalt, Hessen-Nassau, Bayern, Franken, Schwaben, Thüringen, Braunschweig). Neuere Nachweisungen sind nicht erschienen. Der Bestand soll sich jedoch nicht wesentlich verändert haben.

3. Wesen und Begriffsbestimmung.

Die Siechenhäuser und Altersheime gehören in jenes Gebiet der Sozialhygiene, das sich mit dem *Asylwesen* befaßt. *Asyle bezwecken, Personen mit Gebrechen* — angeborenen oder erworbenen Dauerzuständen, die die Leistungsfähigkeit gänzlich oder in hohem Grade beeinträchtigen, so daß die Mitarbeit am Gemeinschaftsleben verhindert wird — *dauernd unterzubringen*. Hierbei überwiegt das Bestreben, den Pflegling gegen die Gefahren der Umwelt, gegen die er sich aus eigenen Kräften nicht wehren kann, zu schützen und vor allem der Verwahrlosungsgefahr vorzubeugen. Aber neben den caritativen, das Individuum berücksichtigenden Motiven ringt sich bereits der weitergehende Gedanke durch, gleichzeitig auch vermittels solcher Anstalten nutzlose Belastungen oder gar schwere Schädigungen der Gesellschaft zu verhüten. Nicht Kostenverlagerung wird für die Gesamtwirtschaft erreicht, sondern Kostenersparnis durch *wirtschaftliche Pflegeweise*. Das Verfahren und die Form dieser Fürsorge vermeiden es, in die persönliche Freiheit ohne zwingendsten Grund einzugreifen. Mit jenen Anstalten, die durch Verwahrung im Zwangswege und als Ergänzung des Strafrechts in allererster Reihe dem Schutze der Gesellschaft dienen, sind naturgemäß einzelne Berührungspunkte vorhanden. Es liegt im Wesen der für die Dauerunterbringung in Betracht kommenden Erkrankungen, daß gelegentlich einmal die Bewahrung die Vorstufe der Verwahrung sein kann.

Für die Bewahrung kommen die folgenden *Gruppen* in Betracht (in Anlehnung an *Aschaffenburg*), wobei vorausgesetzt ist, daß Versuche zur Erwerbsbefähigung und Rückführung in die Gemeinschaft aussichtslos sind:

A. Asoziale Elemente.
(Belasten die Gesellschaft nutzlos.)

Körperlich Kranke	Chronisch Kranke (Sieche) und Altersgebrechliche.
	Invaliden und Krüppel[1]).
	Blinde und Taubstumme.

[1]) Zum Beispiel Kranke mit angeborenen schweren Mißbildungen, mit multipler Sklerose, fortschreitendem Muskelschwund, schweren Gelenkerkrankungen usw.

B. Zwischen asozial und kontrasozial.

Seelisch Kranke	Ruhige Geisteskranke, Schwachsinnige, Idioten.
	Süchtlinge (Trinker, Morphinisten, Cocainisten).
	Seelische Grenzzustände (Rechtsbrecher kleinen Stils, Bettler, Landstreicher, Dirnen, Zuhälter, sexuelle Abweichungen).

C. Kontrasoziale Elemente.

(Schädigen den Fortbestand oder die Entwicklung der Gesellschaft.)

Seelisch Kranke	Geisteskranke.
	Epileptiker.
Körperlich Kranke	Aktive und Sittlichkeitsverbrecher.
	Ansteckende Tuberkulöse.

Die Siechenhäuser und Altersheime nehmen Kranke aus jeder dieser drei Gruppen, ohne Rücksicht auf ihre soziale Stellung und wirtschaftliche Lage, unter bestimmten Bedingungen auf. Von den *Krankenhäusern* unterscheiden sie sich in 5 Punkten: 1. Im Vordergrunde steht die Pflegebedürftigkeit. 2. Der Bedarf an ärztlicher Hilfe und an sächlichen Aufwendungen ist geringer und dementsprechend die Einrichtung wesentlich einfacher. 3. Der Aufenthalt dauert lange, er erstreckt sich über viele Jahre, meist bis zum Lebensende. 4. Die Pfleglinge werden zur Arbeit herangezogen. 5. Nicht nur der lebenden Generation entstehen durch Verbesserung der Lage der Fürsorgebedürftigen und durch Erleichterung der der Gesellschaft zufallenden Lasten Vorteile. Die Ausschaltung einer Reihe minderwertiger Elemente von der Fortpflanzung kommt dem Bestreben der Eugenik entgegen, die Weitergabe solcher Eigenschaften im Erbgange zu verhüten, die die Menschen asozial oder kontrasozial machen. Berührungspunkte mit den *Irrenanstalten* sind mehrfach vorhanden. Dagegen sind die *Arbeitshäuser* als Spezialanstalten zur Bekämpfung von Bettelei, Landstreicherei und Arbeitsscheu Gesunder in Methodik, Einrichtung und Zielen ebenso grundsätzlich verschieden wie die *Armenhäuser*, bei denen Hilfsbedürftigkeit im rechtlichen Sinne Voraussetzung der Aufnahme ist und im allgemeinen nur Obdach und Verpflegung gewährt wird. Siechenhäuser und Altersheime sind also Einrichtungen, die über die Aufgaben hinausgehen, die früher das Armenrecht und jetzt die Verordnung über die Fürsorgepflicht den Fürsorgeträgern zur Pflicht macht.

Aus Gründen der praktischen Fürsorge für den Einzelfall und im Interesse einer möglichst rationellen Ausnutzung aller Anstaltstypen ist es notwendig, die *Zweckbestimmung* dieser beiden Anstaltsarten noch näher zu umschreiben und ihre Aufgaben von einander abzugrenzen, unbeschadet dessen, daß in manchen Anstalten derartige Unterscheidungen nicht mit voller Schärfe durchführbar sind.

Das Siechenhaus dient der dauernden Unterbringung solcher chronisch Kranken (Siechen) und hochgradig Altersgebrechlichen, die dauernder ärztlicher Überwachung und ständiger Pflege durch ärztliches Hilfspersonal bedürfen. Es ähnelt in Anlage, Einrichtung und Betrieb dem Krankenhaus und gehört zu den Anstalten der gesundheitlichen Fürsorge.

Das Altersheim gibt erwerbsunfähigen alten Personen ohne wesentliche Krankheitserscheinungen dauernd Obdach und Verpflegung. Es ahmt in Anlage, Einrichtung und Betrieb den Familienhaushalt nach und gehört zu den Anstalten der wirtschaftlichen Fürsorge.

4. Gesetzliche Grundlagen und Träger.

Durch die *Verordnung über die Fürsorgepflicht* vom 13. II. 1924 ist u. a. a) die soziale Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene und die ihnen auf Grund der Versorgungsgesetze Gleichstehenden; b) die Fürsorge

für Rentenempfänger der Invaliden- und Angestelltenversicherung, soweit sie nicht den Versicherungsträgern obliegt; c) die Fürsorge für Kleinrentner und die ihnen Gleichstehenden, sowie d) die Armenfürsorge zur *öffentlich-rechtlichen Aufgabe* gemacht. Die Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4. XII. 1924 nennen als Aufgabe der Fürsorge, den notwendigen Lebensbedarf zu gewähren und zählen hierzu den Lebensunterhalt, Nahrung, Kleidung und Pflege sowie Krankenhilfe. Berechtigt, solche Fürsorge in Anspruch zu nehmen, ist jeder, der den notwendigen Lebensbedarf für sich und seine unterhaltsberechtigten Angehörigen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln und Kräften beschaffen kann und ihn auch nicht von anderen Seiten, insbesondere von Angehörigen, erhält. Kleinrentner, Sozialrentner und die ihnen Gleichstehenden, sowie Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene, sind noch durch besondere Vergünstigungen aus der Masse der Hilfsbedürftigen herausgehoben. Als erwerbsunfähig gilt jemand, der infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht nur vorübergehend außerstande ist, sich durch Arbeit einen wesentlichen Teil seines Lebensbedarfes zu beschaffen.

Die *Art*, in der die Hilfe gewährt wird, steht der Fürsorgebehörde frei; sie kann, muß aber nicht, in Form einer Sachleistung, verbunden mit Dienstleistung, erfolgen. Die Anstaltsunterbringung soll nur gewährt werden, wenn der körperliche, geistige oder sittliche Zustand des Hilfsbedürftigen besondere Maßnahmen zur Heilung, *Pflege und Bewahrung* erfordert. Eine Verpflichtung zur Unterhaltung von Anstalten ist also gegeben, da die Gewährung der Unterkunft und Krankenhilfe auf anderem Wege vielfach kaum möglich ist.

Entgegen der früheren Regelung im Unterstützungswohnsitzgesetz sind durch die Verordnung über die Fürsorgepflicht *leistungsfähige Träger der Fürsorge* in Form der Landes- und Bezirksfürsorgeverbände geschaffen, so daß die Schwierigkeiten in der Aufbringung von Mitteln für die Unterhaltung teurer Anstalten erheblich gemindert sind. Die Länder sind reichsgesetzlich zur Bildung von Erfüllungsverbänden verpflichtet, ihnen bleibt das Recht der Bestimmung, wer Landesfürsorgeverband und wer Bezirksfürsorgeverband ist. Wenn sie auch nicht selbst die Fürsorgeaufgaben erfüllen müssen, so ist doch die Einheit des Lastenträgers hergestellt. Die Ausführungsverordnungen der Länder haben nun in Anlehnung an das UWG. teils die Landesfürsorgeverbände, teils die Bezirksfürsorgeverbände verpflichtet, Anstalten für chronisch Kranke bereitzustellen, teils in die innere Organisation der Verwaltung nicht eingegriffen. So besagt § 6 der *preußischen Ausführungsverordnung* vom 17. IV. 1924: Die Landesfürsorgeverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptiker, Taubstummen, Blinden und Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Weiter berechtigt § 9 die Landesfürsorgeverbände, die Fürsorge für Sieche unmittelbar zu übernehmen, eine Bestimmung, die gegenüber dem früheren Brauch die Möglichkeit einer Verbesserung durch Zentralisation gleichartiger Kranker eröffnet. Die vorläufige *Ausführungsverordnung des Gesamtministeriums des Freistaates Bayern* vom 27. III. 1924 bestimmt in Artikel 6: Aufgaben der Kreise (= Landesfürsorgeverbände) sind die Fürsorge für hilfsbedürftige Geisteskranke, Geistesschwache, Blöde, Epileptiker, Blinde, Taubstumme, Krüppelhafte und unheilbare abschreckend oder ansteckend kranke Sieche, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen.

Das *sächsische Wohlfahrtsgesetz* vom 28. III. 25 zählt zu den Pflichtaufgaben der öffentlichen Wohlfahrtspflege in § 2 u. a. die Fürsorge für die Trinker, Krüppel, Blinde, Taubstumme, Ertaubte und Sieche sowie für Schwachsinnige und Idioten, Fallsüchtige und Geisteskranke. Nach § 6 hat der Landesfürsorgeverband dafür zu sorgen, daß zur Unterbringung der pp. den Bezirksfürsorgeverbänden ausreichende öffentliche und private Anstalten zur Verfügung stehen.

Die Durchführung der Einzelfürsorge ist Sache der Fürsorgebehörde. Dazu gehört die Einweisung in Anstalten.

Es hängt im wesentlichen von der Entscheidung des Bezirksfürsorgeverbandes ab, wie weit er im Rahmen der landesrechtlichen Bestimmungen den Kreis seiner Fürsorgeleistungen zieht und in welchem Umfange er Anstaltspflege bewilligt. Bei strenger Auslegung des Begriffes der Hilfsbedürftigkeit liegt immerhin die Gefahr nahe, daß sich die Fürsorge für chronisch Kranke und Alte auf der Tiefe der Armenpflege hält. An Stelle des

früheren Ortsarmenverbandes hat der Bezirksfürsorgeverband die vorläufige Unterstützungspflicht; endgültig ist derjenige verpflichtet, in dem der Unterstützte seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Durch besondere Bestimmungen über die Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit sind diejenigen meist im vorgerückten Alter stehenden Gruppen begünstigt, die in der Nachkriegszeit vornehmlich als Opfer des Währungsverfalls hilfsbedürftig geworden sind: die Kleinrentner, Sozialrentner und die ihnen Gleichstehenden, sowie die Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen. Die Art der Fürsorge ist jedoch die gleiche.

Es ist nach der Rechtslage möglich und auch zweckmäßig, wenn größere Selbstverwaltungskörper, besonders diejenigen mit eigenen Fachbehörden für soziale Aufgaben, nicht nur als ausübende Behörde, sondern auch unter Anwendung der Delegation als Träger der Fürsorge auftreten, somit nicht nur Tarifkosten in fremden Anstalten ersetzen, sondern Anstalten in eigener Regie unterhalten.

Eine zweite Bestimmung findet sich in der *Invalidenversicherungsgesetzgebung* für Arbeiter und Angestellte. Nach § 1277 der Reichsversicherungsordnung bzw. § 50 des Angestelltenversicherungsgesetzes können Empfänger von Rente bzw. Ruhegeld auf Antrag in ein Invaliden- oder Waisenhaus oder in einer ähnlichen Anstalt untergebracht werden, wozu die Rente ganz oder teilweise verwendet werden kann.

Ganz ähnlich enthält auch die *Unfallversicherung* in den §§ 607, 952 und 1114 die Möglichkeit der Anstaltspflege: „Der Vorstand der Genossenschaft kann einem Rentenempfänger statt der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus, Waisenhaus oder eine ähnliche Anstalt gewähren."

Hier handelt es sich also im Gegensatz zu den Pflichtaufgaben der Verordnung über Fürsorgepflicht um eine *Kannbestimmung*, die eine Geldleistungspflicht durch Sachleistung abzulösen gestattet, aber in der Endwirkung dem Gedanken der Bewahrung gleichfalls förderlich sein kann.

Während in den katholisch-romanischen Ländern die kirchliche Liebestätigkeit und im anglo-amerikanischen Kulturkreis die Verantwortungsbewußtheit des Bürgertums fast ausschließlich das Anstaltswesen gefördert haben, ist in Deutschland die Entwicklung des Anstaltswesens nicht unerheblich vom Ausbau der öffentlichen Fürsorge abhängig gewesen.

Die *öffentliche Wohlfahrtspflege* ist zurzeit Besitzer von etwa $^1/_3$ der vorhandenen Plätze in Siechenanstalten und Altersheimen. Unter den Trägern der öffentlichen Fürsorge sind die Selbstverwaltungskörper besonders zahlreich als Eigentümer von Pflegeanstalten vertreten. Die Länder treten sehr zurück und spielen nur da eine Rolle, wo sie gleichzeitig Landesfürsorgeverbände sind, wie in den Hansastädten. Das Reich ist nur wenig durch Unterhaltung von Versorgungskrankenhäusern beteiligt. Aus den Kreisen der *privaten Wohlfahrtspflege* haben sich auf Grund sittlicher Verpflichtungen kirchliche und nichtkirchliche Organisationen, weiter auch eine große Reihe von Einzelpersönlichkeiten an der Gründung und Unterhaltung, besonders von Altersheimen, beteiligt. Und endlich sind auf Grund freier Entschließung die Betriebswohlfahrtspflege, ebenso wie eine Reihe von Interessenvertretungen — Standesorganisationen, Arbeitnehmerverbände usw. — dazu übergegangen, eigene Anstalten für chronisch Kranke und Alte zu errichten.

II. Besonderer Teil.

1. Siechenhäuser.

Die folgende Darstellung stützt sich im wesentlichen auf die Ergebnisse einer Rundfrage, die dank des großen Entgegenkommens des Deutschen Städtetages im November 1924 veranstaltet werden konnte und sich an alle Städte im Deutschen Reiche mit über 75000 Einwohnern wandte. Sie ist durch Beispiele von Anstalten, die größere Fürsorgeverbände und die private Wohlfahrtspflege unterhalten, ergänzt.

a) Die Anstaltstypen.

In die erste Gruppe sind diejenigen Anstalten eingereiht, bei denen die *Merkmale des Siechenhauses rein* zum Ausdruck kommen.

Tabelle 7.
Gruppe 1.

Ort	Träger	Name der Anstalt	Gründungsjahr	Bettenzahl männlich	weiblich	Kinder	zusammen
Berlin	Stadt	Hospital Buch	1908	750	750	—	1500
,,	,,	Hospital Fröbelstraße . .	1889	606	794	—	1400
,,	,,	Hospital Palisadenstraße .	1849	2	648	—	650
,,	,,	Hospital-Abt. Wuhlgarten .	1923	200	60	—	260
,,	,,	Bürgerhaus Charlottenburg	1901	121	271	—	392
,,	,,	Siechenhaus Spandau . .	1858 bzw. 1919	46	80	—	126
,,	,,	Pflegeheim Neukölln, Mariendorfer Weg . . .	1901	51	108	—	159
Bremen	,,	Kahrwegs-Asyl	1882	100	165	—	265
Breslau	,,	Claassensches Siechenhaus	1852	120	241	—	361
Düsseldorf	,,	Pflegehaus und Pflegestation	1880 bzw. 1921	445	382	—	828
Eberstadt	Prov. Starkenburg	Prov. Pflegeanstalt . . .	1903	210	215	—	425
Elberfeld	Stadt	Städt. Alterspflegeheim .	1910	95	95	—	190
Gießen	Prov. Oberhessen	Provinzialpflegeanstalt Oberhessen	1903	150	150	—	300
Görlitz	Stadt	Städt. Siechenhaus . . .	1869	23	48	—	71
Hoym	Landesfürsorgeverb. Anhalt	Landessiechenanstalt . . .	1878	195	230	35	460
Hub	Kreise Karlsruhe u. Baden	Kreispflegeanstalt	1874	300	400	—	700
Köln	Stadt	Invalidenhaus	1882	150	153	—	303
Leipzig	,,	Pflegehaus I und II . . .	1902	92	155	—	247
Ludwigsburg	Stiftung	Privatkrankenhaus (Frauenheim)	1836 bzw. 1908	—	37	—	37
Magdeburg	Stadt	H. W. Müllersches Siechenhospital.	1886	100			100
Obercunnersdorf	Bez.-Verband d. Amtshauptmannschaft Löbau	Bezirkssiechenanstalt . . .	1876	50	70	—	120
Plauen	Stadt	Pflegeanstalt Kauschwitz .	1912	42	47	—	89
Sinsheim	Kreis Heidelberg	Kreispflegeanstalt	1877	153	153	—	306
Stettin	Stadt	Siechenhaus	1871	90	96	—	186
Wittstock a. Dosse	Prov. Brandenburg	Brandenburgische Pflegeanstalt	1790	327	278	—	605

Hierzu gehören ferner eine Anzahl Anstalten, die nicht selbständige Siechenhäuser, sondern mit anderen Abteilungen verbunden sind.

Ort	Träger	Name der Anstalt	Gründungsjahr	Bettenzahl männlich	weiblich	Kinder	zusammen
Aachen	Stadt	Josephinum	1803	150	245	—	395
Altona	,,	Altenheim	1886	174[1])	171[1])	27[1])	372
Barmen		Alterspflegeheim . . .	1902	21	16	—	37

[1]) Einschließlich Altenheim und Irrenpflegeanstalt.

Tabelle 7 (Fortsetzung).

Ort	Träger	Name der Anstalt	Gründungsjahr	Bettenzahl männlich	Bettenzahl weiblich	Bettenzahl Kinder	Bettenzahl zusammen
Bischofswerder	Freie Wohlfahrtspflege	Diaspora-Anstalten . .	1898	12	18	—	30
Breslau	Stadt	Heilstätte Herrnprotsch	1902	446	527	—	973
Chemnitz	,,	Fürsorge- u. Pflegeheim	1923	40	80	—	120
Dresden	,,	Heil- u. Pflegeanstalt .	1861	320[1])	562[1])	68[1])	950
Frankfurt a. M.	,,	Altersheim der städt. Heilanstalt	1920	60	60	—	120
Frankfurt a. M.	,,	Häuslingsabtlg. Sandhof, städt. Krankenhaus	1918	47	39	—	86
Hamburg	,,	Versorgungsheim . . .	1622 bzw. 1904	1633[2])	1302[2])	—	2935
Hannover	,,	Pflegeheim Köthenwald	1920 1827	45	60	—	105
Magdeburg	,,	Versorgungsheim . . .	bzw. 1910	27	22	—	49
Osnabrück	,,	Pflegehaus	1911	.	.	.	.
Pirna	Bezirksverband d. Amtshauptmannsch. Pirna	Bez. Siechenhaus der Bez.-Pflegeanstalten .	1910	105	105	—	210
Schwäbisch-Hall	Diakonissenanstalt	Frauenheim	1886	—	55	—	55
Stuttgart	Stadt	Bürgerhospital . . .	14. Jahrhund. bzw. 1894	93	184	—	277

In die zweite Gruppe sind diejenigen Anstalten eingeordnet, die eine *Mischung von Siechenhaus- und Altersheimcharakter* zeigen, jedoch den Pflegezweck stärker betonen.

Gruppe 2.

Ort	Träger	Name der Anstalt	Gründungsjahr	Bettenzahl männlich	Bettenzahl weiblich	Bettenzahl Kinder	Bettenzahl zusammen
Aachen	Stadt	Vincenz-Spital	1823	50	100	—	150
Augsburg	,,	St. Servatius-Pfründe . . .	1283	38	106	—	144
Berlin	,,	Altersheim Deutsch-Wusterhausen	1905 bzw. 1912	40	76	—	116
Bonn	,,	Städt. Pflegehaus	1866	—	125	—	125
Bochum	,,	Städt. Männerheim . . .	1888	120	—	—	120
,,	,,	Städt. Frauenheim	1892	—	58	—	58
Erfurt	,,	Wilhelm- und Auguste-Stiftung	1883	46	72	—	118
Mainz	,,	Invalidenhaus	1847	116	216	—	332
Königsberg i. Pr.	Freie Wohlfahrtspflege	Siechenhaus	1879	64	131	—	195
Halle a. S.	Stadt	Alters- u. Pflegeheim . .	1892	180	240	—	420
München	,,	St. Nikolas-Spital	11. Jahrh. bzw. 1885	60	80	—	140
Salon	Brüderanstalt Karlshöhe-Ludwigsburg	Männerheim	1879	82	—	—	82

[1]) Einschließlich Irrenbeobachtungs- und Pflegeabteilung für geistig Sieche.
[2]) Einschließlich Zweiganstalt Farmsen (Arbeitshaus).

Wie die Beispiele zeigen, sind lediglich für die Zwecke der Siechenpflege eine nicht unerhebliche Anzahl *selbständiger Anstalten* in neuerer Zeit erbaut worden; aber es ist auch vielfach und nicht nur an Orten mit geringem Bedarf der Grundsatz verfolgt worden, *Siechenabteilungen* einer größeren Anstalt anzugliedern. Die Entscheidung, welche Lösung zweckdienlicher ist, hängt nicht nur davon ab, ob die Anstalt in großen Städten im Sinne der Dezentralisierung zur Entlastung anderer Krankenanstalten dienen oder im Sinne der Zentralisierung für dünnbevölkerte Gebiete und eine größere Reihe Gemeinden gemeinsam benutzt werden soll, sondern auch von der Stellungnahme, welche *Gruppen von Kranken* in derartigen Anstalten untergebracht werden sollen.

b) Die Krankengruppen.

Eine zu weitgehende Sonderung von Kranken lediglich nach klinischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten dient nicht der Sache. Denn der hier maßgebende sozialhygienische Standpunkt berücksichtigt in *erster* Linie die *funktionelle Struktur* des Kranken und deshalb können, ja müssen verschiedene Krankheitsgruppen gemeinsam verpflegt werden. Anstalten, die chronisch Kranke beherbergen, kommen in der öffentlichen Meinung sehr schnell in den Ruf von Sterbehäusern und werden mit Mißtrauen und Abneigung betrachtet. Das aber muß im berechtigten Interesse der Pfleglinge vermieden werden. Die Ansammlung von Schwerkranken tut dem Bestreben, den Anstaltsbetrieb durch Mitarbeit der Pfleglinge zu verbilligen, Abbruch und verlangt erhebliche Verstärkung an Personal und sächlichen Aufwendungen. Außer den körperlich chronisch Kranken sind auch noch seelisch Kranke vorhanden, die in den Irrenanstalten am falschen Platze wären, zu einer Bewahrung in einem Pflegeheim aber bereit sind. Deshalb ist für das Siechenhauswesen die *Mischung verschiedenartiger Kranker* und die Möglichkeit einer, wenn auch geringen *Fluktuation* des Bestandes von ausschlaggebender Bedeutung. Besonders Eschle und Eschbacher sind für gemeinsame Verpflegung körperlich Siecher und geistig Defekter aus den Erfahrungen in Kreispflegeanstalten und ebenso Schob nach den Dresdener Beobachtungen eingetreten. Dazu gehören ruhige Geisteskranke mit einfachen Seelenstörungen und Imbezille. Ferner kommen gutartige Psychopathen, schwere Neurastheniker und chronische Trinker in Betracht. Gerade die letzteren sind als wertvolle Arbeitskräfte für die Anstalt unentbehrlich, nur darf ihre Zahl, wie Eschle mit Recht hervorhebt, nicht groß sein.

Beispiele einer solchen *gemischten Belegung* geben die nachfolgenden Zusammenstellungen an. Von den im Jahre 1910 in der *Heilstätte Breslau-Herrnprotsch* verpflegten 810 Siechen litten 25 an Lungen- und Kehlkopftuberkulose, 35 an anderen Infektionskrankheiten, 87 an Altersschwäche, 6 an bösartigen Geschwülsten, 59 an Erkrankungen der Bewegungsorgane, 46 an Erkrankung der Kreislauforgane, 31 an chronischem Alkoholismus, 86 waren Imbezille oder Idioten, 83 geisteskrank, 113 litten an Erkrankungen des Zentralnervensystems oder der peripheren Nerven, 38 an Erkrankungen der Sinnesorgane (Auge, Ohr, Nase), 35 an nichttuberkulösen Erkrankungen der Atmungsorgane, 8 an Erkrankungen der Harnorgane und Genitalien, 8 an Erkrankungen der Haut, 11 an Unfallfolgen, 46 an sonstigen Krankheiten.

Von 349 Zugängen in die *Provinzialpflegeanstalt Gießen* im Jahre 1910 litten 192 an Formen vorwiegend geistigen Siechtums, 157 an Formen vorwiegend körperlichen Siechtums, und zwar 73 an angeborenem Schwachsinn aller Grade (Idiotie, Imbezillität, Debilität), 14 an erworbenem Schwachsinn, 23 an Altersschwachsinn, 5 an primärem Schwachsinn, 1 an Hydrocephalie, 4 an Mikrocephalie, 10 an Porencephalie, 2 an Gehirnschwund, 4 an Katatonie, 11 an Epilepsie, 4 an Hysterie, 1 an Nervosität, 3 an sonstiger chronischer Geistesstörung, 1 an Schüttellähmung, 3 an spast. Spinalparalyse, 3 an multipler Sklerose, 5 an Rückenmarksschwindsucht, 1 an cerebellarer Ataxie, 9 an Lähmung nach Schlaganfall, 12 an chronischem Alkoholismus, 2 an Chorea, 1 an Gehirnsyphilis, 51 an Altersschwäche, 21 an Blindheit und anderen Augenerkrankungen, 5 an chronischer Bronchitis, 21 an Emphysem, 3 an Herzklappenfehler, 4 an Herzmuskelentartung, je 1 an chronischem Magenleiden,

Tabelle 8. *Krankheitsformen einer Pflegeanstalt.*

Krankheiten	Männlich	Weiblich	Zusammen
1. *Infektionskrankheiten*	*41*	*29*	*70*
Lungentuberkulose	26	14	40
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	10	12	22
Sonstige Tuberkulose	0	1	1
Andere Infektionskrankheiten	5	2	7
2. *Unfälle*	*23*	*66*	*89*
Schenkelhalsbruch	3	44	47
Andere Unfallfolgen	20	22	42
3. *Allgemeinerkrankungen*	*90*	*165*	*255*
Gewächse	14	59	73
Altersschwäche	70	105	175
Diabetes	4	0	4
Sonstige Allgemeinerkrankungen	1	1	2
4. *Bewegungsapparat*	*31*	*58*	*89*
Muskelrheumatismus	1	3	4
Gelenkerkrankungen	28	51	79
Knochenerkrankungen	2	4	6
5. *Kreislauforgane*	*211*	*318*	*529*
Blut	2	0	2
Herzklappenfehler	8	12	20
Herzmuskelerkrankungen	5	15	20
Sclerathromatose	189	367	455
allgemeine	31	27	58
Herz	43	39	82
Gehirn	105	198	303
(davon Schlaganfälle)	86	162	248
Nieren	9	3	12
Blutadern	8	24	32
6. *Dementia senilis bzw. arteriosklerot.*	*62*	*116*	*178*
7. *Seelische Störungen*	*25*	*23*	*48*
Einfache Seelenstörungen	12	16	28
Psychopathien	3	3	6
Alkoholismus	10	4	14
8. *Nervensystem*	*86*	*78*	*164*
Paralysis agitans	9	9	18
Tabes dorsalis	32	34	66
Multiple Sklerose	13	5	18
Sonstige Erkrankungen	32	28	60
Periphere Nerven	0	2	2
9. *Sinnesorgane*	*49*	*82*	*131*
Blindheit	26	40	66
Schwachsichtigkeit	10	18	28
Taubheit	6	8	14
Schwerhörigkeit	3	6	9
Blindheit und Taubheit	3	9	12
Taubstummheit	1	1	2
10. *Atmungsorgane*	*40*	*46*	*86*
Chronischer Luftröhrenkatarrh	38	40	78
Sonstige Erkrankungen	2	6	8
11. *Verdauungsorgane*	*10*	*7*	*17*
12. *Harnorgane*	*23*	*5*	*28*
Erkrankungen der Niere	2	1	3
Erkrankungen der Blase	2	4	6
Erkrankungen der Vorsteherdrüse	19	0	19
Insgesamt	*691*	*993*	*1684*

Osteomyelitis, Rachitis, 5 an Taubstummheit, 2 an Tuberkulose der Knochen und Gelenke, 7 an Verkrümmung der Wirbelsäule, 5 an Verkrüpplung, 2 an Zuckerharnruhr, 3 an chron. Gelenkentzündung, 2 an Nervenlähmung, 1 an Mastdarmkrebs, 6 an Arthritis deformans, 1 an Hautkrankheiten, 9 an chron. Gelenkrheumatismus, 3 an Gliederverlust, 1 an Brüche der Eingeweide, 2 an Gebärmutterleiden, je 1 an Lupus, Taubheit, Skrofulose, Knochenbruch, Asthma bronchiale, Zwergwuchs und Mikromelie.

Eine Aufstellung aus *Berlin* für den Zeitraum vom 1. Oktober 1922 bis 30. September 1923, die die Krankheiten der Aufnahmesuchenden in den städtischen Hospitälern analysiert, gibt ungefähr das Bild der Krankheiten wieder, die in Anstalten mit *vorwiegender Aufnahme körperlich Siecher* untergebracht sind. (S. Tabelle 8.)

Die Aufstellung ist auch insofern lehrreich, als sie zeigt, welche chronischen Erkrankungen bei den Patienten am häufigsten den Wunsch nach Schutz und Pflege erwecken. Bei weitem an der Spitze stehen mit 31,3% die *Erkrankungen* der Kreislauforgane, und unter ihnen nimmt die Scleratheromatose mit ihren schweren Folgezuständen, den Schlaganfällen, den Kompensationsstörungen des Herzens und der Nieren, die größte Zahl für sich in Anspruch. Danach kommen die nah verwandten, im Greisenalter auftretenden *Zeichen geistigen Verfalls*, insbesondere die schweren Charakterveränderungen, die Verwirrtheitszustände und Wahnideen, die groben Fahrlässigkeiten im Umgang mit Feuer und Gas, die Selbstmordversuche und ganz besonders die Unreinlichkeit. Es folgen die *Erkrankungen des Zentralnervensystems*, unter denen die Tabes dorsalis vorherrscht, dann Erblindung und Ertaubung; mit geringeren Zahlen sind Erkrankungen der Atmungsorgane, chronische Infektionskrankheiten, chronische Gelenkerkrankungen (meist Fälle von sekundärer Arthritis deformans), Brüche des Oberschenkelhalses beteiligt. Wie die verschiedenen Krankheiten in den *einzelnen Altersklassen als Anlaß des Siechtums* mehr oder weniger stark hervortreten, sieht man am Beispiel der Erkrankung der Kreislauforgane und des Zentralnervensystems. Dort sind die Alter über 70 am stärksten befallen, hier liegt das Maximum um das 6. Lebensjahrzehnt herum.

Tabelle 9. *Kreislauforganerkrankungen nach Altersklassen.*

	Unter 30 Jahren	Über 30 bis 40 Jahre	Über 40 bis 50 Jahre	Über 50 bis 60 Jahre	Über 60 bis 70 Jahre	Über 70 bis 80 Jahre	Über 80 bis 90 Jahre	Über 90 Jahre
Männlich	1	2	8	28	77	82	13	1
Weiblich	0	3	11	31	95	152	25	0
Zusammen	1	5	19	59	172	234	38	1

Erkrankungen des Zentralnervensystems nach Altersklassen.

	Unter 30 Jahren	Über 30 bis 40 Jahre	Über 40 bis 50 Jahre	Über 50 bis 60 Jahre	Über 60 bis 70 Jahre	Über 70 bis 80 Jahre	Über 80 bis 90 Jahre	Über 90 Jahre
Männlich	11	19	20	16	12	9	0	0
Weiblich	9	11	13	16	21	6	1	0
Zusammen	20	30	33	32	33	15	1	0

Und schließlich zeigt die Tabelle 10 das gehäufte Auftreten der Schenkelhalsbrüche um das 80. Lebensjahr herum, und die besondere Beteiligung der Frauen, nachdem die Männer in größerer Zahl abgestorben sind.

Tabelle 10. *Auftreten der Schenkelhalsbrüche.*

	Unter 60 Jahren	Über 60 bis 70 Jahre	Über 70 bis 80 Jahre	Über 80 bis 90 Jahre
Männlich . . .	0	1	0	2
Weiblich . . .	1	7	20	16
Zusammen . .	1	8	20	18

Da Kranke mit Schäden, die im Anschluß an Erkrankungen des Zentralnervensystems und der Kreislauforgane auftreten, zahlreich für die Bewahrung in Betracht kommen und andererseits diese Folgeerscheinungen noch eine besondere Sorgfalt und Sachkenntnis in der Anwendung behandelnder und pflegerischer Maßnahmen erfordern, ist man in Berlin dazu übergegangen, im Friedrich Wilhelm-Hospital, Fröbelstraße, eine besondere Nervenabteilung einzurichten. Bei dem 458 Kranke betragenden Bestande vom 3. I. 1925 waren die *Anlässe des Siechtums:*

Tabelle 11. *Anlässe des Siechtums.*

Krankheitsgruppe	Männlich	Weiblich	Zusammen	Auf 100
Erkrankungen des Gehirns	110	172	282	61,5
„ „ Rückenmarks	51	49	100	21,8
„ „ Gehirns u. Rückenmarks	15	27	42	9,2
„ der peripheren Nerven . .	9	5	14	3,1
Psychoneurosen	6	14	20	4,4
	191	267	458	100,0

Als *Ursache des „Schadens"* spielt die *Syphilis* eine recht erhebliche Rolle. Selbst wenn man bei vorsichtigster Beurteilung der kausalen Genese nur das Zusammentreffen charakteristischer klinischer Zeichen mit einer seropositiven WaR. als Beweis für den syphilitischen Ursprung des Siechtums ansieht — und gerade bei der Metalues treffen nur auf einen Teil aller Fälle beide Voraussetzungen zu —, so findet man unter 458 Kranken immer noch 105, die zweifellos auf syphilitischer Infektion beruhen. 23% des Bestandes der Station leiden also unter den Folgen einer vermeidbaren Erkrankung; die Frauen sind mit 65 Fällen = 24% gegenüber den Männern mit 40 Fällen = 21% beteiligt. Der wirtschaftliche Nutzen einer umfassenden vorbeugenden und behandelnden Tätigkeit auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten kann kaum eindrucksvoller belegt werden als durch die Tatsache, daß hier etwa jeder vierte Kranke unnötig schwerstes Leiden durchmachen muß und der Allgemeinheit völlig vermeidbare Kosten für seine Pflege verursacht. Diese Feststellung wird auch durch die neueren Auffassungen über den Wechsel der Erscheinungsformen der Lues in den zivilisierten Ländern und die Beeinflussung der biologischen Eigenschaften der Spirochäten im Sinne einer Neurotropie nicht erschüttert, solange es rätselhaft bleibt, ob antiluetische Behandlung tatsächlich virulenzabschwächend ist und die Metalues fördert.

Die verschiedensten klinischen Seltenheiten sammeln sich allmählich in derartigen Stationen an und die Durchforschung der Krankheitsbilder fördert die klinische Medizin, insbesondere die Neurologie, bedeutsam. Für die Sozialhygiene sind die am häufigsten vorkommenden Erkrankungen jedoch wichtiger. Nach Altersklassen und Geschlecht geordnet sind es (s. nebenstehende Tabelle 12). Auch hier treten die Verschiedenheiten der Siechtumsanlässe in den einzelnen Jahrgängen mit der gleichen Deutlichkeit und Regelmäßigkeit hervor, die bereits früher aufgezeigt worden ist.

Die Geschlechtskrankheiten, in erster Linie die Syphilis, bekommen Bedeutung für die Frage der Dauerunterbringung ohne Zwangsmaßnahmen im

wesentlichen erst durch ihre Spätfolgen und Nachkrankheiten. Die zweite große Volksseuche, die *Tuberkulose*, zeigt dagegen, welche Rolle die Dauerunterbringung für die Ausmerzung von Infektionsträgern spielt.

Robert Koch führte im Jahre 1906 bei Empfang des Nobelpreises aus, daß die Tuberkulösen sehr rasch abnehmen würden, wenn es möglich wäre, sie sämtlich in Krankenhäusern unterzubringen und damit verhältnismäßig unschädlich zu machen. Aber daran wäre zur Zeit gar nicht zu denken. Nach dem Beispiel der Leprabekämpfung in Norwegen müßte man zunächst wenigstens *einen Bruchteil der Kranken, insbesondere die gefährlichen, isolieren*, und man dürfte dann auf eine Abnahme der Tuberkulösen, wenn auch in langsamerem Tempo, rechnen. Ja, Koch glaubte, ebenso wie Newsholme, den günstigen Verlauf der Sterblichkeitskurve an Schwindsucht in England darauf zurückführen zu müssen, daß dort die arbeitsunfähigen unheilbaren Phthisiker in besondere Anstalten überführt würden. Dieses Programm, das auch von zahlreichen Klinikern immer wieder aufgestellt worden ist, konnte bisher in Deutschland noch nicht mit wesentlichem Erfolge in die Praxis umgesetzt werden. Verschiedene Wege sind begangen worden, aber derjenige Typ von Anstalten zur Dauerunterbringung, der der beste für den Kranken und gleichzeitig der billigste für die Allgemeinheit ist, konnte dabei nicht gefunden werden.

Die *Notwendigkeit* einer gesteigerten Bemühung um diese Kranken ergibt sich einmal aus dem Bedürfnis, individuellen Wünschen der Kranken entgegenzukommen, zweitens aus dem Bestreben der Verbesserung und Vervollständigung der Expositionsprophylaxe. Hierbei ist besonders zu beachten, daß die Infektionskette zwischen Kranken und gefährdeter Umgebung so früh und so lange wie möglich unterbrochen wird. Der Schwerkranke, der die letzten Wochen seines Daseins im Krankenhaus verbringt, ist weit weniger gefährlich als jener, dem sein Leiden noch eine gewisse Bewegungsfähigkeit und damit unbeschränkte Möglichkeit gelassen hat, zahlreiche Personen, die mit ihm in Berührung kommen, anzustecken.

Ein *dritter* Grund endlich ergibt sich aus dem Zwange zur Planwirtschaft auf dem Gebiete des Anstaltswesens. Die Tuberkulösen im vorgeschrittenen Stadium füllen zu nicht geringem Prozentsatz die teuren Heilstätten und nehmen außerdem durch die lange Dauer ihres Aufenthaltes den Frühfällen mit guter Prognose bezüglich der Wiederherstellung die Plätze fort, ohne daß der Erfolg in der Erwerbsbefähigung zum Ausdruck kommt. Und schließlich ist ein derartiger Kranker auch in wirtschaftlicher Beziehung eine ständige Gefahr für seine Angehörigen, indem er in der begreiflichen Hoffnung auf

Tabelle 12. *Krankheiten des Zentralnervensystems nach Alter und Geschlecht.*

Krankheit	20—30 Jahre		30—40 Jahre		40—50 Jahre		50—60 Jahre		60—70 Jahre		70—80 Jahre		80 Jahre u. ält.		Zusammen		Überhaupt
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
Schlaganfälle	0	0	0	0	6	8	15	17	30	40	28	45	29	11	108	121	229
Rückenmarkschwindsucht	0	0	3	1	12	3	7	10	3	14	1	5	0	0	26	33	59
Multiple Sklerose . . .	0	0	4	5	4	9	1	2	1	1	0	0	0	0	17	10	27
Zusammen	0	0	7	6	22	20	23	29	34	55	29	50	29	11	151	164	315

Wiederherstellung von seinen Verwandten und Bekannten, von Menschenfreunden und Behörden immer neue Geldmittel für Heilstättenkuren zu erhalten sucht und damit über kurz oder lang auch seine gesunde Familie finanziell so weit belastet, daß ihre wirtschaftliche Existenz aufs Spiel gesetzt, ja daß sie nicht selten der öffentlichen Fürsorge zugedrängt wird.

Die Aufzählung dieser verschiedenen Gesichtspunkte zeigt auch schon die Fülle der Schwierigkeiten. Sie liegen im Wesen der Tuberkulose, insbesondere der in ihrem Verlauf hervorgebrachten Erlebniszusammenhänge, in der Organisation unserer Fürsorgeeinrichtungen und in der sich auch in der Gesetzgebung ausdrückenden Abneigung gegen die Beschränkung der persönlichen Freiheit.

Die Isolierung der Infektionsverbreiter und der Schutz der von den Bacillenstreuern gefährdeten Umgebung ist zweifellos vorzugsweise Aufgabe einer umfassenden, nach gesundheitspolitischen Gesichtspunkten arbeitenden Wohnungsfürsorge und Wohnungspflege. Eine ganz bestimmte, zahlenmäßig nur einen Bruchteil aller ansteckenden Tuberkulösen ausmachende Gruppe wird aber selbst mit der besten Fürsorge im Hause nicht zufriedengestellt und als Infektionsquelle nicht unschädlich gemacht werden können: Kranke, deren Zustand eine ständige ärztliche Überwachung und dauernde Pflege durch ärztliches Hilfspersonal nötig macht, Kranke mit einem Rest von Arbeitskraft, dessen Verwertung nur innerhalb des gesicherten Lebens einer Anstalt möglich ist, die Krankenhaus- und Heilstättenbummler, die mit kurzen Unterbrechungen jahrelang von Anstalt zu Anstalt unter Inanspruchnahme unverhältnismäßig großer Mittel wandern, und endlich Tuberkulöse im vorgeschrittenen Stadium, die infolge des Krankheitserlebnisses ein bewußt gemeinschädliches Verhalten an den Tag legen und jeder fürsorgerischen Einwirkung in Haus und Beruf spotten.

Die Mehrzahl der Tuberkulösen, die für die Bewahrung geeignet sind, ist im Verlaufe ihres Leidens vielfach in Lungenheilstätten gewesen. Aus begreiflichen Gründen neigen sehr viele dazu, sich über ihren Krankheitszustand zu täuschen. In einer Anstalt, die ihnen nicht die gesamte ihnen so gut vertraute Therapie der Tuberkulose bietet, sehen sie keinen Vorteil für sich, und die einfachere Gestaltung des Betriebes in Pflegeanstalten und verwandten Einrichtungen erweckt in ihnen gegenüber der oft großartigen Ausstattung der Heilstätten das Gefühl, ein Mensch zweiter Klasse zu sein. Das vermeintliche „Recht auf Heilung" wird gerade von Tuberkulösen oft mit besonderer Hartnäckigkeit gefordert. Und die Enttäuschung über das Ausbleiben eines sichtbaren Erfolges treibt sie meist sehr sehr schnell wieder in ihr altes Milieu zurück. Am schwierigsten gestalten sich die Verhältnisse bei den besonders gefährlichen, noch nicht gänzlich erwerbsunfähigen ansteckenden Tuberkulösen; die Sicherung eines etwa erreichten Kurerfolges ist ganz besonders durch das Fehlen einer geeigneten Arbeitsfürsorge, in der Art wie sie das Schwerbeschädigtengesetz bereits für andere Krankheiten ermöglicht hat, erschwert. So bemüht sich der Kranke meist vergeblich, leichtere, ihm zusagende Arbeit zu finden, verdient immer weniger und lebt immer schlechter, bis er endlich gezwungen ist, seine Zuflucht in eine Anstalt zu nehmen. Andere wieder verlieren von vornherein jede Lebensenergie, brechen mit allem, was ihnen gewohnt und vertraut gewesen ist und verlieren sich in Opposition gegen jeden und jedes. Die Einsicht, daß die Trennung von Familie und Freunden lediglich wegen der Ansteckungsgefahr auch bei verhältnismäßig leidlichem Allgemeinbefinden nötig sein kann, ist bei den chronischen Infektionskrankheiten ganz anders als etwa bei den akuten einheimischen oder gar exotischen Seuchen kaum ins Volksbewußtsein gedrungen, verlangt allerdings bei der langen Dauer des infektiösen Stadiums auch eine

so große Entsagung und einen so stark entwickelten Altruismus, daß man die Absonderung während dieser Zeitspanne als praktisch kaum durchführbar anzusehen geneigt ist. Aber es ist auch bisher noch recht wenig getan, um derartigen Kranken einen Anreiz zur Daueruntergebringung zu geben. Selbst wenn alle persönlichen Bedenken überwunden sind, so bleibt die Schwierigkeit, daß der Eintritt in ein Heim wirtschaftliche Nachteile mit sich bringt. Zwar lassen die §§ 1277 RVO. bzw. 50 Angest.-Vers.-Ges. dem Invalidenversicherten die Möglichkeit, gegen gänzliche oder teilweise Abtretung der Rente in ein Invalidenhaus oder eine ähnliche Anstalt aufgenommen zu werden. Aber auch dann, wenn die Rente vom Kostenträger nur zum Teil einbehalten wird, so bedeutet dies doch für die Familie den Verlust eines Zuschusses, mit dem sie gerechnet hat, obwohl dabei häufig verkannt wird, daß die Geringfügigkeit der Rente kaum die ordnungsmäßige Pflege eines Tuberkulösen gestattet. Der tuberkulöse Rentenempfänger wird es daher vermeiden, in eine Anstalt zu gehen, wenn er dadurch seine Familie in noch größere wirtschaftliche Schwierigkeiten stürzt. Allenfalls werden Ledige diesem Gedanken nähertreten. Sie sind aber für die Allgemeinheit eine weit geringere Gefahr, da sie seltener Gelegenheit haben, Kinder zu infizieren. Noch schlechter sind diejenigen Tuberkulösen daran, die keine Ansprüche an die Invalidenversicherung haben und infolge ihrer verminderten Erwerbsfähigkeit nur gering bezahlte, oft gesundheitsschädliche Arbeit oder aber überhaupt kein Unterkommen auf dem Arbeitsmarkt finden. Da auch sie meist länger in den Familien verbleiben, wegen zunehmender Verarmung immer schlechtere Wohnungen beziehen und häufig als Untermieter den letzten Unterschlupf finden, sind sie wesentliche Ansteckungsquellen. Werden sie auf Kosten der öffentlichen Wohlfahrtspflege einer Anstalt überwiesen, so droht den unterhaltsverpflichteten Angehörigen das Schicksal, daß die Wiedereinziehung der entstandenen Kosten versucht wird.

Einer der *ersten* Versuche hiergegen Abhilfe zu schaffen, ging dahin, *besondere Siechenhäuser für Tuberkulöse* zu errichten. Aber das im Jahre 1903 eröffnete Invalidenheim Groß-Hansdorf, an das die L.V.A. der Hansastädte große Erwartungen für die Unschädlichmachung der Bacillenstreuer geknüpft hatte, konnte sich ebensowenig einbürgern wie einige andere ähnliche Anstalten. Erst als sich die Erkenntnis durchgesetzt hatte, daß derartige zur Absonderung und Pflege bestimmten Einrichtungen den Charakter eines Heimes, nicht aber eines Krankenhauses tragen müssen, ist ein gewisser Erfolg zu verzeichnen gewesen.

In *Nürnberg* ist seit dem Jahre 1922 ein Tuberkulosesiechenheim für Männer und Frauen in Betrieb. Für beide Geschlechter sind getrennte Abteilungen vorhanden. Ehepaare, die beide krank sind, erhalten ein gemeinsames Zimmer. Die beiden Häuschen liegen mitten in Gärten, die Kranken haben Gelegenheit zu gärtnerischer oder landwirtschaftlicher Arbeit oder aber können eine vom überwachenden Fürsorgearzt genehmigte Heimarbeit ausüben. Die Verpflegung können sich die Insassen selbst besorgen oder aber auch vom Heim beziehen, wenn der Gesundheitszustand ihnen nicht gestattet, sich selbst zu beköstigen. Das Personal besteht aus einer Schwester und einem Hausmädchen. Die persönliche Freiheit ist kaum beschränkt; eine der wichtigsten Bestimmungen der Hausordnung enthält die Erlaubnis auszugehen und Besuche zu empfangen, aber das strenge Verbot, daß Kinder das Heim betreten. Die Kosten der Unterbringung trägt der Bezirksfürsorgeverband.

In *Stettin* ist im Jahre 1924 von der Stadt auf einem ihr gehörigen Gartengrundstück mit einfachen Mitteln ein vorhandenes Wohnhaus mit Nebengebäuden zu einem Heim für Frauen und Mädchen umgewandelt worden, das 20 Personen aufnehmen kann. Im Garten steht eine Liegehalle zur Verfügung. Aufgenommen werden vorzugsweise ansteckungsfähige Kranke, die zwar aus dem Tuberkulosekrankenhaus der Stadt entlassen werden können, aber nicht in ihre frühere Umgebung zurückkehren sollen. Die Aufsicht führt eine Fürsorgeschwester. Sämtliche in Haus und Garten vorkommenden Arbeiten müssen von den Insassen ausgeführt werden. Die Unterhaltungskosten betrugen für das Wirtschaftsjahr 1924/25 insgesamt 13 500 Mk., davon entfielen auf persönliche Ausgaben (leitende Schwester)

2100 Mk., auf sächliche Ausgaben der Rest, und zwar auf die Verpflegung 11 000 Mk., auf die bauliche Instandhaltung 400 Mk. Die Gesamtunkosten mit etwa 2 Mk. je Kopf und Tag bedeuten gegenüber den Selbstkosten des Tuberkulosekrankenhauses mit etwa 4.50 Mk. eine recht erhebliche Ersparnis, ohne daß deshalb die Kranken zu kurz kämen. Für die Verpflegungskosten kommen die LVA. oder der endgültig verpflichtete Bezirksfürsorgeverband in voller Höhe auf. Angehörige werden nach Möglichkeit zur anteiligen Kostenübernahme herangezogen. Die Bezeichnung Erholungsheim trägt neben der Güte der Einrichtung dazu bei, daß die Bevölkerung das Heim nicht meidet. Ferner ist noch ein Schlafburschenhaus geschaffen, in dem in 8 Zimmern 10 ledige, ansteckend tuberkulöse Männer ein Obdach finden. Die Miete beträgt monatlich 10 Mk., wird aber auch ganz oder teilweise erlassen. Die Beköstigung bleibt hier den Kranken selbst überlassen.

Ein *zweiter* Versuch bezieht sich auf die *Verwendung von Krankenhäusern.* Seine stärkste Stütze fand er in einem Rundschreiben des Reichsgesundheitsrates aus dem Jahre 1909, in dem auf Grund der bis zu dem damaligen Zeitpunkt vorliegenden Erfahrungen davor gewarnt wurde, Siechenhäuser, Invalidenheime und dgl. für Tuberkulöse zu errichten und die Gründung von Tuberkulosekrankenhäusern empfohlen wurde. Derartige Anstalten sind in größerer Zahl errichtet worden, sie verbinden die Aufgaben der Heilstätte mit der des Krankenhauses und verfügen auch zum Teil noch über Beobachtungsstationen für Leichtkranke; die Abteilungen für die drei Zwecke sind räumlich voneinander getrennt. Als Beispiele seien die Tuberkulosekrankenhäuser der Stadt Stettin, Hohenkrug, der Stadt Hannover, Heidehaus, und der Stadt Berlin, Waldhaus Charlottenburg in Beetz-Sommerfeld, erwähnt. So verlockend auch dieser Gedanke zuerst gewesen ist, das Problem der Dauerunterbringung löst er nur teilweise. Entweder haben alle Insassen an sämtlichen Leistungen der Anstalt teil, dann sind die Kranken zufrieden, aber die Unkosten für den Pflegebedürftigen sind ebenso groß wie die für den zur Heilbehandlung eingewiesenen Kranken. Oder die einzelnen Gruppen werden z. B. in der Beköstigung verschiedenartig behandelt, dann wird diese Differenzierung von vielen als Zurücksetzung empfunden und die Unzufriedenheit in der Anstalt zur Regel. Allerdings ist dieses Verfahren dasjenige, das noch am ehesten die Bevölkerung daran gewöhnen kann, ihre ansteckenden Kranken Anstalten zuzuführen. Kaum anders ist es mit der Verwendung allgemeiner Krankenhäuser zur Aufnahme ansteckender Tuberkulöser auf lange Dauer. Das Reich hat in den seiner Verwaltung unterstehenden Versorgungskrankenhäusern Benedicktbeuren, Chemnitz, Görlitz, Hanau, Minden, Müllheim i. B., Potsdam, Schleswig und Weingarten je etwa 10% der Betten für die Aufnahme solcher Kriegsbeschädigter bestimmt, „die bei fortgeschrittenem Leiden der häuslichen Pflege entbehren oder die besonders bei den jetzigen Wohnungsverhältnissen eine gefährliche Infektionsquelle darstellen". Vor allem aber hat die LVA. Rheinprovinz beachtenswerte Versuche gemacht, die Asylierung der Tuberkulösen zu fördern. Nach dem Grundsatz, die Erkrankten möglichst nahe ihrer Heimat unterzubringen, hat sie in mehr als 50 ländlichen allgemeinen Krankenhäusern besondere Tuberkuloseabteilungen eingerichtet. Gegen Abtretung der Rente werden die Kranken beherbergt, verpflegt und ärztlich versorgt, an den Nebenkosten beteiligen sich die zuständigen Fürsorgebehörden. Die Zahl der dort untergebrachten Tuberkulösen hat bis zum Kriege ständig zugenommen, später sank sie, vor allem seit der Besetzung (s. Tabelle 13).

Es ist gelungen, die Kranken in diesen Abteilungen längere Zeit zu behalten und den Anteil derjenigen, die mehrere Jahre in der Anstalt blieben, zu vervielfachen.

Es wurden verpflegt[1]):

[1]) Nach den Jahresberichten der LVA., berechnet aus Anfangsbestand und Zugängen.

Tabelle 13. *Pflegezahlen Tuberkulöser.*

Jahr	Zahl der Kranken	Jahr	Zahl der Kranken	Jahr	Zahl der Kranken	Jahr	Zahl der Kranken
1906	138	1911	469	1916	474	1921	300
1907	162	1912	521	1917	454	1922	319
1908	222	1913	631	1918	368	1923	291
1909	293	1914	584	1919	321	1924	287
1910	411	1915	545	1920	302		

In dem Zeitraum von 1908 bis 1920 kamen durchschnittlich auf 100 Zugänge 40,6 Todesfälle, ohne daß — eben wegen der gewählten Organisationsform — der Fluch des Sterbehauses auf den Anstalten lastete.

Bezeichnend ist, daß unter den jährlichen Abgängen oft die Zahl der freiwillig wieder ausscheidenden Kranken nur unwesentlich hinter der Zahl der Anstaltstodesfälle zurückbleibt, ja in manchen Jahren darüber hinausgeht — gewiß nicht deshalb, weil die Kranken so wesentlich gebessert waren, daß sie wieder einem Erwerb nachgehen konnten. Die gleiche Erfahrung mußte auch die LVA. Schlesien machen, die im Jahre 1923 238 Tuberkulöse im Wege der Invalidenhauspflege versorgte, während im gleichen Zeitraum nicht weniger als 93 die Heime verließen und 57 starben. Und ebenso charakteristisch ist es, daß sich im Inflationsjahre 1923 im Zuständigkeitsbereich der LVA. Schlesien von 329 tuberkulösen Rentenempfängern, denen als besonders ansteckenden Kranken der Eintritt in das gesicherte Leben eines Invalidenheims nahegelegt wurde, nur 66 dazu bereit erklärten.

Tabelle 14[1]). *Dauer der Anstaltspflege.*

Jahr	Mehr als 2 Jahre	1—2 Jahre	½—1 Jahr	Weniger als ½ Jahr
1910	67 = 16%	75	111	258
1911	88 = 18%	88	78	215
1912	120 = 23%	112	100	189
1913	131 = 20%	118	128	254
1914	161 = 28%	111	129	183
1915	185 = 34%	118	94	148
1916	198 = 41%	103	62	111
1917	201 = 44%	104	59	90
1918	203 = 56%	69	39	61
1919	200 = 62%	36	24	61
1920	156 = 51%	38	28	80
1921	150 = 50%	46	38	66
1922	173 = 43%	44	29	73
1923	183 = 62%	50	31	27
1924	173 = 60%	38	26	50

Tabelle 15. *Renten und Heimbehandlung.*

Jahr	Wegen Tuberkulose bewilligte Rente	Zugänge in Heimen gegen Abtretung der Rente
1913	2457	326
1914	2285	254
1915	1814	218
1916	2767	97
1917	2618	128
1918	2689	78
1919	3318	83
1920	2614	85
1921	2369	89
1922	1848	103
1923	1222	51
1924	1653	61

Von sämtlichen Versicherungsträgern im Deutschen Reiche wurden im Jahre 1912 1224 tuberkulöse Rentenempfänger in Heimen dauernd verpflegt, eine Zahl, die gegenüber der Unmenge erwerbsunfähiger Tuberkulöser in der Bevölkerung recht bescheiden anmutet.

Wie stark die Spannung zwischen der theoretischen Forderung auf Asylierung ansteckend Tuberkulöser und der praktischen Durchführung selbst dort ist,

[1]) Die Zahlen sind für exakt wissenschaftliche Nachweisung nicht verwertbar, zeigen aber die *Tendenz* deutlich.

wo die verhältnismäßig günstigsten Ergebnisse erzielt sind, zeigt ein Vergleich der Zahl der von der LVA. Rheinprovinz wegen Tuberkulose bewilligten Renten und der gegen Abtretung der Rente in Heimen neu aufgenommenen Kranken von 1913 bis 1924. (S. Tab. 15.)

Eine *dritte* Methode der Dauerunterbringung ist in Berlin angewandt worden. Dort ist dem städtischen *Hospital Buch*, das *zur Aufnahme chronisch Kranker aller Art und Altersgebrechlicher bestimmt ist*, eine *besondere Abteilung für Tuberkulöse* angegliedert. Der Gesamtbetrieb ist ganz auf pflegerische Zwecke eingestellt und infolgedessen nicht durch Sondereinrichtungen und Nebenräume, die das Krankenhaus ebenso wie die Heilstätte verteuern, belastet. Die Selbstkosten des Verpflegungstages im Hospital verhalten sich demgemäß zum Krankenhaus und zur Heilstätte etwa wie 1 : 2.

103 Männer und 70 Frauen mit ansteckender Tuberkulose in vorgeschrittenem Stadium sind dort in abseits liegenden Pavillons dauernd untergebracht. Auch hier machten die Insassen durch hochgespannte Anforderungen der Verwaltung zunächst große Schwierigkeiten und verließen vielfach wieder die Anstalt. Allmählich bürgerte sich die Einrichtung jedoch ein, und mit der Verschlechterung der Lage des Arbeitsmarktes wurde die Nachfrage nach Plätzen so groß, daß sie das Angebot überstieg. Aber auch hier zeigt sich wieder deutlich, wie niedrig wir vorläufig noch unsere Hoffnungen auf die Wirkung der Asylierung spannen müssen. Die Gefahrenverminderung für die Gesellschaft bleibt gering. Am 25. April 1925 befanden sich 175 Tuberkulöse in der Sonderabteilung des Hospitals. Nur etwa ein Drittel hatten mehr als ein Jahr in der Anstalt verlebt, der Rest war kürzer dort, obwohl die Sterblichkeit auf den Wechsel der Insassen kaum Einfluß hatte. Es starben im Jahre 1921: 17, 1922: 42, 1923: 26, und 1924: 29 Tuberkulöse, denen an Zugängen 58, 65, 29 und 80 gegenüberstanden. Auf 100 Zugänge kamen also durchschnittlich 49 Todesfälle.

Tabelle 16. *Verpflegungsdauer.*

Von 124 Männern und 51 Frauen waren am 25. April 1925 anwesend:

	Männlich	Weiblich	Zusammen	Auf 100
Länger als 3 Jahre . . .	13	12	25	14,2
2—3 „ . . .	12	5	17	9,7
1—2 „ . . .	8	10	18	10,2
$^1/_2$—1 Jahr . . .	32	10	42	24,0
Kürzer als $^1/_2$ „ . . .	59	14	73	41,9
Zusammen	124	51	175	100,0

Die Zergliederung des Bestandes nach dem Familienstand ergibt nun weiter, daß $^2/_3$ der Pfleglinge nicht als hochgradig gefährlich bezeichnet werden können, da sie als Ledige oder Geschiedene wahrscheinlich keine häufigen Gelegenheiten zur Ansteckung gerade der besonders empfänglichen Altersklassen geboten

Tabelle 17[1]). *Familienstand der Pfleglinge.*

Familienstand	Männlich	Weiblich	Zusammen	Auf 100
Ledig	74	31	105	60,0
Verheiratet	19	4	23	13,0
Verwitwet	22	15	37	21,0
Geschieden	9	1	10	6,0
Zusammen	124	51	175	100,0

[1]) Die Beziehung zur Zahl der lebenden Tuberkulösen des entsprechenden Familienstandes kann mangels Unterlagen nicht hergestellt werden.

haben. Demgegenüber befriedigt ein Anteil von 13% Verheirateten und 21% Verwitweten recht wenig.

Ein ganz ähnliches Bild ergibt sich auch bei den tuberkulösen Rentenempfängern der LVA. Schlesien. Im Jahre 1923 waren insgesamt 238 Pfleglinge in Invalidenheimen untergebracht, davon waren:

Tabelle 18. *Familienstand der Pfleglinge.*

Familienstand	Männlich	Weiblich	Zusammen	Auf 100
Ledig	67	88	155	65,1
Verheiratet	47	7	54	22,7
Verwitwet	10	19	29	12,2
Zusammen	124	114	238	100,0

Endlich weist die Übersicht über die Altersgliederung der Insassen darauf hin, daß ebenso wie das Fehlen von Angehörigen die Erreichung des höheren Alters, also die zunehmende wirtschaftliche Gefährdung, die Neigung zum dauernden Übersiedeln in eine Anstalt begünstigt. Mehr als ein Drittel der Pfleglinge hatten das 60. Lebensjahr überschritten.

Tabelle 19. *Lebensalter der Pfleglinge.*
Von 192 tuberkulösen Insassen des Hospitals Buch am 31. X. 1925 waren alt:

	Unter 15 Jahren	15—20 Jahre	20—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	60—70 Jahre	70—80 Jahre	Über 80 Jahre	Zusammen
Männlich . .	0	3	17	11	25	29	27	18	2	132
Weiblich . .	0	0	7	6	10	12	7	16	2	60
Zusammen .	0	3	24	17	35	41	34	34	4	192

Im Tuberkulosekrankenhaus der Stadt Breslau (Heilstätte Herrnprotsch) sind in den Jahren 1920—1925 insgesamt 591 Kranke zum Zwecke der Bewahrung untergebracht gewesen. Von ihnen blieben 31% bis zum Tode in der Anstalt, 31% kehrten unbelehrbar, schwerkrank oder sterbend in die Familie zurück, 38% konnten einige Zeit von der Familie ferngehalten werden. Länger als drei Jahre blieb kein Kranker in der Anstalt.

Am leichtesten vermochte sich der Gedanke der Dauerunterbringung dort durchzusetzen, wo die mit dem gleichen Mittel erzielten Erfolge der Leprabekämpfung noch in frischer Erinnerung waren, in den skandinavischen Ländern.

Norwegen, das am stärksten die Tuberkulosebekämpfung auf die Isolierung einstellt, ging in der Anknüpfung an die allgemeinen Grundsätze der Seuchenbekämpfung so weit, daß es das erste Tuberkulosesanatorium im Jahre 1897 aus einem Lepraheim hervorgehen ließ, das zweite aus Geldern finanzierte, die ursprünglich für die Leprabekämpfung gesammelt waren. Im Jahre 1922 gab es in Norwegen neben 11 Sanatorien mit 805 Plätzen für Leichtkranke, 4 Küstenhospitälern mit 235 Plätzen für rein therapeutische Zwecke und einer kleineren Zahl von Krankenhausabteilungen für Tuberkulöse 88 Tuberkuloseheime mit 1512 Betten. Unter 2780 Plätzen in Anstalten, die insgesamt für die Tuberkulosebekämpfung zur Verfügung standen, dienten diese 1512 vollständig und weitere 463 zum großen Teil der Dauerunterbringung ansteckend Tuberkulöser.

Die einzelnen Heime nehmen im Höchstfall 30, durchschnittlich nur 20 Personen auf. Sie liegen an landschaftlich bevorzugten und klimatisch günstigen Plätzen und sind für beide Geschlechter berechnet. Unzuträglichkeiten haben sich hieraus nicht ergeben, im Gegenteil wird gerühmt, daß der Einfluß der Frauen die Verwilderung der Männer verhindert habe. In den Heimen befinden

sich nicht nur erwerbsunfähige Bacillenstreuer, sondern es werden daneben auch aus Krankenhäusern und Heilstätten Entlassene als Übergang in das Berufsleben nachbehandelt, Heilstättenkandidaten zur Abkürzung der Wartezeit bis zur Aufnahme in die Heilstätte vorübergehend untergebracht und außerdem Kranke im chronischen Stadium, die sich für Heilstätten nicht eignen, wegen verhältnismäßig günstiger Wohn- und Familienverhältnisse aber nicht unbedingt aus ihrer Umgebung entfernt werden müssen, zu zwischenzeitlichen Kuren aufgenommen. Damit ist für einen dauernden Wechsel der Belegung gesorgt und dem Gefühl des Kranken, auf dem toten Gleis zu sein, wird keine Nahrung gegeben. Besonderer Wert wird auf die Unterbringung in kleinen Zimmern für 2—3 Personen, im Höchstfall für 4 Kranke, gelegt, und ebenso ist die Inneneinrichtung durch geschmackvolle und farbenfrohe Aufmachung darauf abgestimmt, den Eindruck des Wohnlichen und Familiären zu verstärken. Einige Einzelzimmer sind für Schwerkranke und Sterbende vorgesehen. Die Besuchszeiten sind unbeschränkt. Die Beköstigung trägt den Charakter der Hausmannskost. Die ärztliche Versorgung hat der meist in allernächster Nähe wohnende Amtsarzt, der ein- bis zweimal wöchentlich seine Besuche macht. Zur Pflege sind im allgemeinen in jedem Heime zwei Schwestern bestellt, denen nach Bedarf einige Hausangestellte zur Hilfe beigegeben werden. Die Kosten der Unterbringung trägt dann, wenn die öffentlichen Mittel in Anspruch genommen werden müssen, zu 40% der Staat, zu 60% die Gemeinde. Die Krankenbewegung in diesen Heimen war im Jahre 1917 (nach Haustein):

Tabelle 20. *Krankenbewegung in Heimen.*

Bestand zu Beginn des Jahres	Zugänge	Abgänge durch		Zusammen	Bestand am Ende des Jahres
		Entlassung	Tod		
938	1531	797	583	1380	1089

14% aller Sterbefälle an Lungentuberkulose in Norwegen im Jahre 1917 sind in den Heimen erfolgt. Diese Zahl gewinnt an Bedeutung, wenn man daran erinnert, daß in Deutschland fast sämtliche Todesfälle an Tuberkulose, die überhaupt in Anstalten erfolgen, sich auf Krankenhäuser und Heilstätten verteilen.

Aus den bisherigen Erfahrungen ergeben sich bereits wichtige Fingerzeige, auf welche Punkte zur Verallgemeinerung der Dauerunterbringung ansteckend Tuberkulöser geachtet werden muß. Werden Sonderanstalten gewählt, so sollten sie höchstens 30 Plätze enthalten, um den familiären Charakter nicht zu verwischen. Schwerkranke, die dauernd bettlägerig sind, müssen ferngehalten und von vornherein Krankenhäusern zugeführt werden. Bei der Auswahl der einzuweisenden Kranken wird man immer zu bedenken haben, daß ein gewisser Wechsel unter den Insassen dazu beiträgt, das Odium des Sterbehauses zu vermeiden. Es ist wichtiger, daß hie und da ein neues Gesicht auftaucht, als daß ein bestimmtes Indikationsschema starr eingehalten wird. In der Befolgung dieses Grundsatzes ruht wohl hauptsächlich der Erfolg des norwegischen Pflegeheimwesens.

Zieht man es aber vor, besondere Abteilungen im Verbande einer großen Anstalt, sei es einer Heilstätte, sei es eines Krankenhauses, zu errichten, so sollten nicht mehr als etwa 10% der vorhandenen Betten mit Tuberkulösen belegt werden. Dann werden die Nachteile, daß die Tuberkulösen der Pflegeabteilung die gleichen Ansprüche an die Gesamtleistung der Anstalt stellen wie die Kranken der Heilabteilung, weniger ins Gewicht fallen. Finanziell am günstigsten wirkt sich die oben geschilderte Organisation im Hospital Buch der Stadt Berlin aus.

Innerhalb der Anstalt muß der Pflegling möglichste Freiheit haben. Gartenanlagen und gedeckte Veranden zum Aufenthalt bei schlechtem Wetter sind unentbehrlich. Die Erlaubnis zum Ausgehen sollte in wohlwollender aber zweckdienlicher Weise geregelt werden. Einen Kranken durch eine Morphiumeinspritzung außer in dringendsten Fällen ausgehfähig zu machen, sollte ebenso verpönt sein wie die Gewährung eines unkontrollierbaren Dauerurlaubes. Weder dem Tuberkulösen noch seinen unterhaltsverpflichteten Angehörigen dürfen für die Unterbringung Unkosten entstehen, die sie nicht zu tragen vermögen. Nicht nur daß der bezugsberechtigten Familie ein Teil der Rente und der Kinderzuschuß erhalten bleiben muß, ebenso wie anderen Personen, die keinen Anspruch auf Versorgung aus der Reichsversicherung haben, müssen den zurückbleibenden Familienmitgliedern, sofern sie fürsorgebedürftig sind, von den Bezirksfürsorgebehörden ausreichende Unterstützungen gewährt werden, deren Höhe sich nach der Kinderzahl richtet und von gesundheitspolitischen, nicht aber von armenrechtlichen Gesichtspunkten aus begrenzt werden sollte.

Vorbildlich ist das Verfahren gegenüber den kriegsgeschädigten Tuberkulösen. Wird ein solcher Kranker wegen Siechtums untergebracht, so erhält die Familie als Rente die gleiche Summe, die als Hinterbliebenenbezüge gezahlt werden. Aber die Unterstützung darf sich nicht auf Geldleistungen beschränken, sondern muß auch mit Sachleistungen arbeiten. So kann es nötig werden, daß bei Asylisierung der tuberkulösen Hausfrau auf öffentliche Kosten eine Hauspflege zur Weiterführung der Wirtschaft gestellt wird.

Das wichtigste ist die Durchführung eines Behandlungsprinzips in engen Grenzen auch in Pflegeanstalten. Im Vordergrunde aller dahinzielenden Bemühungen steht die seelische Beeinflussung des Kranken durch den Arzt. Der Arzt hat die schwere Aufgabe, durch die Macht seiner Persönlichkeit so auf die Pfleglinge zu wirken, daß sie nicht in Gleichgültigkeit, Haß und Verzweiflung verfallen oder sich im Kultus der eigenen Krankheit verlieren. Dazu muß er zunächst eine eingehende Kenntnis des Seelenlebens der Schwindsüchtigen haben und die seelische Behandlung durch das Recht zu kleinen Kostverbesserungen und gelegentlichen Arzneiverordnungen unterstützen können. Aber die Aufgabe des Arztes erschöpft sich nicht darin, Psychagog zu sein, gar nicht so selten treten im Verlaufe eines längeren Anstaltsaufenthaltes unter der Wirkung des regelmäßigen hygienisch einwandfreien Lebens überraschende Besserungen ein, die vom Arzt weiter gefördert werden müssen, Besserungen, die nicht selten innerhalb der Anstalt eine gewisse Arbeitsfähigkeit erzeugen, die vom Arzt wiederum in nützliche Bahnen gelenkt werden muß. Es ist allerdings ganz besonders schwer, diese Tuberkulösen zu irgendwelchen regelmäßigen Arbeitsleistungen zu bewegen; so unauslöschlich hat sich den einen die Überzeugung eingegraben, daß sie damit ihrer Gesundheit schaden, so tief wurzelt in anderen das Gefühl, daß ihre Krankheit sie zum passiven Verleben ihrer Tage bestimmt hat. Die Lösung des Arbeitsproblems liegt in Deutschland noch in weiter Ferne. In den skandinavischen Ländern wird den Insassen der Heime durch die Aufnahmebedingungen die Verpflichtung auferlegt, alle vom Arzt als therapeutische Maßnahme aufgetragenen Arbeiten zu erledigen, und so ist ein großer Teil des Tages bereits von vornherein ausgefüllt. Als letztes und wichtigstes Mittel der Behandlung muß eine Liegehalle vorhanden sein, deren Benutzung im Wechsel mit dosierter Tätigkeit in der Hand des geschickten Arztes die größten Schwierigkeiten zu überwinden hilft.

Eine Vereinbarung, die die württembergische Landesfürsorgebehörde und die LVA. Württemberg getroffen haben, um diejenigen Schwierigkeiten zu beseitigen, die nicht in der Person des Kranken liegen, hat folgenden Wortlaut:

1. Die Landesversicherungsanstalt benachrichtigt die Landesfürsorgebehörde von der Rentenbewilligung an Versicherte, die an offener Tuberkulose leiden, mit dem Ersuchen, mit Beschleunigung die Asylierungsfrage näher zu prüfen. Die Landesfürsorgebehörde übermittelt das Ersuchen der Landesversicherungsanstalt an die zuständige Bezirksfürsorgebehörde, welche im Einvernehmen mit der örtlichen Tuberkulosefürsorgestelle Erhebungen über die maßgebenden persönlichen und häuslichen Verhältnisse im Einzelfall anstellt, sich über die Notwendigkeit der Asylierung schlüssig macht und gegebenenfalls deren Durchführung beantragt.

2. Den Antrag auf Asylierung kann auch der Rentenempfänger selbst stellen. Unter allen Umständen ist sein Einverständnis mit dieser Maßnahme erforderlich sowie seine unterschriftliche Erklärung, daß er über die Dauer der Asylierung seine Rente der Landesfürsorgebehörde überträgt.

3. Die Asylierung sollte in allen Fällen erfolgen, wo der an offener Tuberkulose leidende Rentenempfänger besonderer Pflege bedürftig ist, die er zu Hause entbehrt, oder aber für seine Umgebung nach Lage der häuslichen Verhältnisse (Kinderzahl, Wohn- und Schlafzimmer) eine Ansteckungsgefahr bildet.

4. Die Landesfürsorgebehörde teilt der Landesversicherungsanstalt das Ergebnis der angestellten Erhebungen und ihre Entschließungen mit, gegebenenfalls unter Angabe von Ort und Beginn einer etwaigen Asylierung.

5. Die Landesversicherungsanstalt beteiligt sich an den Kosten der Asylierung:

a) durch Überweisung der Rente ohne Kinderzuschuß an die Landesfürsorgebehörde und außerdem

b) dann mit einem monatlichen Zuschuß im Betrag von 40 Mark, wenn

aa) der Rentenempfänger nach seiner ganzen Lebensführung sich für Asylierung eignet,

bb) die Kosten nicht von diesem aus eigenem Vermögen, aus Rentenbezügen u. a., oder auch von seinen zum Unterhalt verpflichteten Verwandten bestritten werden können.

Bezieht der Rentenempfänger Rente wegen Kriegsbeschädigung, so kommt ein besonderer Zuschuß der Landesversicherungsanstalt nicht in Frage.

Hat er noch Ansprüche an eine Krankenkasse, so wird nach der Vereinbarung zwischen der Landesversicherungsanstalt und der Arbeitsgemeinschaft der württembergischen Krankenkassenverbände zunächst die Krankenkasse die notwendige Krankenpflege gewähren; erst im Anschluß daran käme die Asylierung auf Rechnung der Fürsorgebehörde in Betracht.

6. Der dem Rentenempfänger von der Landesversicherungsanstalt zustehende Kinderzuschuß wird auch während der Asylierung an die Familie ausbezahlt.

Im übrigen ist davon auszugehen, daß sich die Bezirksfürsorgebehörden eine etwa notwendige weitergehende Familienunterstützung besonders angelegen sein lassen. Ein Hausvater wird und kann sich nur dann zum Aufsuchen eines Krankenhauses (Asylierung) entschließen, wenn er weiß, daß für seine Familie während seiner Abwesenheit ausreichend gesorgt ist. Gerade bei großer Kinderzahl wird Familienunterstützung nicht zu umgehen sein, zumal hier die Asylierung zum Zweck der Unterbindung der Ansteckungsgefahr ganz besonders wichtig ist.

Die Familienunterstützung wird häufig durch die Tuberkulosefürsorgestelle erfolgen, die ihrerseits wieder auf teilweisen Ersatz ihres Aufwandes durch den Staat und den württembergischen Landesausschuß für Tuberkulosebekämpfung rechnen kann.

Auch der Vorstand der LVA. Pommern hat beschlossen, Wohlfahrtsämter in der Weise zu unterstützen, daß bei Bewahrung eines Rentenempfängers ein täglicher Zuschuß von 1 Mark gezahlt wird. Es bleibt nach wie vor bedauerlich, daß Zweckverbände zu gemeinschaftlicher Errichtung und gemeinsamem Betrieb von Anstalten, die der Tuberkulosebekämpfung dienen, nicht gebildet sind, sondern die Fürsorge für Tuberkulöse auch weiterhin unter dem Nebeneinanderarbeiten der Reichsversicherungsträger und der Träger der öffentlichen Fürsorge leidet.

Weitgehendes Entgegenkommen gegen die Wünsche der Bevölkerung zusammen mit unaufhörlicher Aufklärung wird zweifellos dazu beitragen, um eine gewisse Zahl von Bacillenstreuern allmählich freiwillig in Heime zu überführen. Ob ihre Zahl jedoch in absehbarer Zeit so groß werden wird, daß mit ihr für die Tuberkulosebekämpfung gerechnet werden kann, muß vorläufig zweifelhaft bleiben. Vor allem aber wird sie die allergefährlichsten Kranken nicht enthalten. Deshalb bleibt die Ausübung eines gesetzlichen Zwanges ähnlich dem Verfahren bei den akuten ansteckenden Krankheiten, unentbehrlich. Und zwar betrifft

er alle diejenigen ansteckenden Tuberkulösen, die — sei es mit oder ohne eigenes Verschulden — jeder fürsorgerischen Einwirkung zur Absonderung in der Wohnung spotten und in Haus und Beruf eine Gefahr für die Umgebung bilden. Zweitens muß die Pflicht zum Aufsuchen einer Anstalt auch für diejenigen Tuberkulösen festgesetzt werden, die vom Krankenhaus zur Heilstätte mit einigen Unterbrechungen Jahre hindurch hin und her wandern, ohne irgendwo festen Fuß fassen zu wollen, aber gleichwohl ansteckend oder anstaltspflegebedürftig sind. Auch in diesem Punkte ist Norwegen vorangegangen. Das Tuberkulosegesetz vom 8. V. 1900 gestattet der Gesundheitskommission die zwangsweise Einweisung eines Kranken in ein Krankenhaus, wenn die Isolierung in der Wohnung unmöglich ist oder der Kranke und seine Umgebung die Vorschriften der Gesundheitskommission nicht befolgen. Bisher nahm die Bestimmung jedoch Eheleute aus, die gegen ihren Willen nach norwegischem Recht nicht getrennt werden dürfen. Diese Beschränkung soll in dem neuen Entwurf fallen, und in Zukunft soll auch verhindert werden, daß ein ansteckungsfähiger Kranker, der in eine Anstalt eingewiesen ist, sie gegen ärztlichen Rat wieder verläßt. Auch der Entwurf zu einem *Schweizer Bundesgesetz* betr. Maßnahmen gegen die Tuberkulose sieht die Möglichkeit vor, den Kranken in eine Anstalt zu versetzen, wenn er die Personen seiner Umgebung gefährdet und die zum Schutze der Allgemeinheit getroffenen Anordnungen nicht durchgeführt werden können oder trotz Ermahnung unterlassen werden.

Gleichgültig, wie weit man in der Aufnahme verschiedener Krankheitsgruppen gehen will, die Hauptsache bleibt, daß die räumliche Gliederung der Anstalt Gelegenheit zu weitgehendster *Trennung der einzelnen Krankheitsgruppen* im Anstaltsleben gibt.

c) Die Gruppierung der Kranken innerhalb der Anstalt.

Dresden, Altona und Stuttgart seien als Beispiel der Kombination von Siechenhaus bzw. Altersheim und Irrenanstalt genannt. In der Dresdener Heil- und Pflegeanstalt ist eine Abteilung als psychiatrische Aufnahmeabteilung eingerichtet, die zweite beherbergt geistig chronisch Kranke, die dritte körperlich chronisch Kranke. In Altona ist eine Abteilung Altersheim, eine zweite Irrenpflegeanstalt, eine dritte Siechenhaus. Das Bürgerhospital Stuttgart umfaßt 3 Abteilungen, und zwar 1. für gesunde Fürsorgebedürftige, die zwar keine ärztliche Behandlung oder besondere Pflege nötig haben, aber arbeitsunfähig sind, 2. für körperlich chronisch Kranke, die dauernder ärztlicher Überwachung und ständiger Pflege bedürfen und 3. für Geisteskranke zur vorläufigen Unterbringung bis zur Genesung oder bis zur Aufnahme in eine Heilanstalt mit Begrenzung des Aufenthaltes auf höchstens 6 Wochen.

Sinsheim und Eberstadt zeigen, wie in einer Pflegeanstalt mit gemischter Belegung die groben Trennungen vorgenommen werden. In der Kreispflegeanstalt Sinsheim enthält das Erdgeschoß die sog. Lazarettabteilung, das Obergeschoß die Arbeitsfähigen und das 2. Obergeschoß die Geisteskranken. Die Kreispflegeanstalt Eberstadt unterscheidet vier Abteilungen: 1. für Schwerpflegebedürftige; 2. für Arbeitende; 3. für Jugendliche und Geistesschwache; 4. für Altersschwache.

Hamburg gelte als Beispiel für eine Pflegeanstalt mit vorwiegend körperlich Kranken. In der Hauptanstalt Barmbeck des Hamburger Versorgungsheimes werden die Insassen in 4 Abteilungen gruppiert: 1. Bettlägerige; 2. nicht bettlägerige Arbeitsunfähige; 3. minderrüstige Arbeitsfähige, und 4. vollrüstige Arbeitsfähige, die dementsprechend verschieden untergebracht werden.

In der Heilstätte Breslau-Herrnprotsch dient der größte Teil (983 Betten) als Siechenhaus, ein kleinerer (270 Betten) als Heilstätte für Tuberkulöse. Die Siechenabteilung besteht aus vier großen Pavillons, von denen je zwei für Arbeitsfähige und Arbeitsunfähige bestimmt und verschieden eingerichtet sind, ein weiteres Haus nimmt Epileptiker auf.

Der Tatsache, daß chronische Erkrankungen des Zentralnervensystems und Folgezustände anderer Organerkrankungen am Zentralnervensystem vielfach pflegebedürftig werden, hat Berlin durch Einrichtung einer besonderen Abteilung von 500 Betten für Nervenkranke im Friedrich-Wilhelm-Hospital, Fröbelstraße, Rechnung getragen, während in Frankfurt a. M. der Klinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten ein Altersheim ange-

gliedert und im Hannoverschen Pflegeheim Köthenwald eine Beobachtungsstation für Nervenkranke eingerichtet ist.

Neben diesen Gruppierungen im großen erfordern aber die Begleiterscheinungen der einzelnen Krankheiten noch die Möglichkeiten viel weitergehender Individualisierung.

Kranke, die an *unheilbaren Geschwülsten* leiden und anstaltspflegebedürftig sind, werden in fast allen Anstalten in dem Augenblick, wo sie durch ihr Leiden für die Umgebung lästig werden, in besonderen Zimmern oder auch kleinen Abteilungen untergebracht, besonders, wenn es sich um die üblen Geruch verbreitenden bösartigen Neubildungen an den weiblichen Geschlechtsorganen handelt, die keiner Behandlung mehr zugänglich sind. So ist z. B. in Dresden und Berlin eine besondere „Krebsstation" vorgesehen, in anderen Anstalten werden nach Bedarf Extrazimmer dafür in Anspruch genommen.

Die *Unsauberen*, die für Mitkranke und Pflegepersonal die größte Pein darstellen und meist sehr zahlreich in Siechenhäusern anzutreffen sind, werden in einzelnen Anstalten abgesondert; so gehört im Leipziger Pflegehaus zu jeder Station ein Saal für Unsaubere, ebenso haben Altona, Berlin, Hamburg, Salon größere Spezialstationen für diesen Zweck, während die Mehrzahl der Anstalten von Fall zu Fall Extrazimmer zur Verfügung stellt. Für ihre Lagerung wird vereinzelt zur Ersparung der Wäsche Torfmull verwandt, der nach den Erfahrungen in Irrenanstalten gut aufsaugt, desodoriert, das Durchliegen erschwert und nicht allzu teuer ist, zweifellos eine Reihe beachtenswerter Vorteile. Aber da die Bettung ohne Wäsche den Nachteil des Häßlichen hat, sollte sie mit Rücksicht auf die zahlreichen Siechen, deren Geist noch nicht in Schlummer versunken ist, vermieden und durch Lieferung von Gummiunterlagen ersetzt werden. Kranke, die *unruhig* sind, eignen sich im allgemeinen nicht mehr für Siechenhäuser und werden deshalb meist den Irrenanstalten überwiesen. Soweit nur die nächtliche Unruhe der Altersblödsinnigen in Frage kommt, genügt die Einrichtung einer Wachabteilung, wie sie z. B. in Breslau-Herrnprotsch erfolgt ist. Im Hamburger Versorgungsheim sind die Unruhigen in Räumen mit halbhohen, nachts verschließbaren Zellen untergebracht, die tagsüber geöffnet werden können und dann den Kranken jede Bewegungsfreiheit lassen.

Eine *Trennung nach dem Alter* ist dringend notwendig und läßt sich durch zweckentsprechende Zusammenlegung jüngerer und älterer Kranken meist ohne Schwierigkeiten erreichen. Die Mehrzahl der Insassen aller Siechenhäuser hat das 60. Lebensjahr überschritten. So waren von 1684 Personen, die in der Zeit vom 1. Oktober 1922 bis 30. September 1923 Anträge auf Aufnahme in ein Berliner Siechenhaus einreichten, 72,2% der Männer und 80,1% der Frauen, durchschnittlich 77,1%, älter als 60 Jahre.

Tabelle 21. *Alter von Berliner Siechen.*

	Unter 20 Jahren	20—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	60—70 Jahre	70—80 Jahre	80—90 Jahre	Über 90 Jahre	Insgesamt
Männlich . .	4	18	34	46	86	183	243	74	3	691
Weiblich . .	7	13	27	57	94	244	405	140	6	993
Zusammen .	11	31	61	103	180	427	648	214	9	1684

Das ist keine Erscheinung, die erst durch den Währungsverfall hervorgebracht wurde, wenn sie auch naturgemäß dadurch erheblich verstärkt wurde.

Die Zugänge in das Hospital Buch bei Berlin im Jahre 1909 standen in den folgenden Altern.

Tabelle 22. *Alter von Berliner Siechen.*

	Unter 20 Jahren	21—30 Jahre	31—40 Jahre	41—50 Jahre	51—60 Jahre	61—70 Jahre	71—80 Jahre	81—90 Jahre	Über 90 Jahre	Insgesamt
Männlich . .	2	2	9	17	23	38	52	7	0	150
Weiblich . .	3	0	6	16	23	52	84	32	0	216
Zusammen .	5	2	15	33	46	90	136	39	0	366

Auch damals hatten rund 65% der Männer und 78% der Frauen, durchschnittlich 72% aller Zugänge, das 60. Lebensjahr überschritten. In Anstalten, die starken Zuzug vom Lande erhalten, tritt dieses Übergewicht der Übersechzigjährigen nicht ganz so stark hervor. Die Neuaufnahmen der Provinzialsiechenanstalt Gießen im Jahre 1910 zählten unter den Männern 64%, unter den Frauen 51%, durchschnittlich 57% Übersechzigjährige:

Tabelle 23. *Alter von hessischen Siechen.*

	Unter 20 Jahren	21—30 Jahre	31—40 Jahre	41—50 Jahre	51—60 Jahre	61—70 Jahre	71—80 Jahre	81—90 Jahre	Über 90 Jahre	Insgesamt
Männlich . .	2	8	17	12	25	62	44	6	1	177
Weiblich . .	5	18	12	25	24	34	36	18	0	172
Zusammen .	7	26	29	37	49	96	80	24	1	349

Im Jahre 1920 waren in derselben Anstalt von den Zugängen 69% Männer und 53% Frauen, durchschnittlich 60%, älter als 60 Jahre:

Tabelle 24. *Alter von hessischen Siechen.*

	Unter 20 Jahren	21—30 Jahre	31—40 Jahre	41—50 Jahre	51—60 Jahre	61—70 Jahre	71—80 Jahre	81—90 Jahre	Über 90 Jahre	Insgesamt
Männlich . .	2	2	5	6	12	22	27	9	2	87
Weiblich . .	2	5	11	10	19	18	24	10	1	100
Zusammen .	4	7	16	16	31	40	51	19	3	187

Ganz besonders leiden die jugendlichen und im frühen Mannesalter stehenden *siechen Krüppel*, die nicht selten intellektuell hochstehend sind, unter dem ständigen Zusammenleben mit den Alten und Schwerkranken. Sie müssen deshalb in besonderen Abteilungen untergebracht werden. Für krüppelsieche Kinder, bei denen aus ärztlichen oder sozialen Gründen Anstaltspflegebedürftigkeit vorliegt, fehlen noch immer die Pflegeheime, an die auch beim Inkrafttreten des Preußischen Krüppelfürsorgegesetzes gedacht war. Denn aus finanziellen Gründen konnte die Durchführung des Gesetzes nur dann möglich sein, wenn die Heime nicht mehr alle Arten von Krüppeln gleichzeitig beherbergten. Auf der einen Seite beanspruchte das Ineinanderarbeiten von Klinik, Schule und Berufsausbildung kostspielige Einrichtungen und erhebliche Geldaufwendungen, die möglichst nur produktiven Zwecken gelten sollten. Auf der anderen Seite bestand keine Möglichkeit, Krüppelkinder, die nur beschäftigt und unterrichtet werden mußten, in einfacheren Heimen unterzubringen, geschweige denn, daß sieche Krüppel besonderen Pflegeanstalten zugeführt werden konnten. Nur den Volmarsteiner Anstalten ist seit 1925 ein besonderes Siechenheim angegliedert, von dem aus die Kranken auf schiefen Ebenen bequem in einen großen Park gelangen können. So ist vorläufig das Vollheim auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge noch die einzige Einrichtung der geschlossenen Fürsorge; für den siechen Krüppel ist dies ein nicht zu unterschätzender Vorteil, da er unter dem Kommen und Gehen der anderen und unter gleichen äußeren Verhältnissen lebend dem

Gefühl, entrechtet und aufgegeben zu sein, nicht so schnell verfällt wie unter Nursiechen. Dagegen ist für den Fürsorgeträger und die Fürsorgebehörde die Frage noch nicht gelöst, da für ungleiche Zwecke gleichhohe Aufwendungen verlangt werden.

In Berlin sind nun mit den vorhandenen Krüppelheilanstalten Abkommen getroffen, wonach sie krüppelsieche Kinder zwar gemeinsam mit den anderen Krüppeln verpflegen, aber aus der klinischen Behandlung, Beschulung und Ausbildung ausschalten. So ist es möglich, sie zu den wesentlich billigeren Sätzen der Siechenhäuser zu verpflegen. Die Verpflegungskosten für die drei Gruppen der Krüppel betragen, je nach der Art des Krüppelheims, nach dem Stande vom 31. III. 1925 in Groß-Berlin für Krüppel bis zu 14 Jahren, die zur klinischen Behandlung überwiesen sind, 3,80 Mk. bzw. 4,25 Mk., für Vollkrüppel 4,90 Mk. bzw. 4,25 Mk., für Lehrlinge im 3. Lehrjahr 3,75 Mk. bzw. 2,85 Mk., im 4. Lehrjahr 2,80 Mk. bzw. 2,15 Mk. und für sieche Krüppel 2,45 Mk. bzw. 2,35 Mk.

Die *Geschlechter* werden im allgemeinen durch Unterbringung auf besonderen Häusern, Flügeln oder Stockwerken getrennt. In einzelnen Städten, wie Berlin (Hospital Palisadenstraße), Bonn (Städt. Pflegehaus), Bochum (Frauenheim) sind auch nur für Frauen bestimmte Anstalten vorhanden. Mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten, die sich durch die gemeinschaftliche Unterbringung verschiedengeschlechtlicher Personen in einem Hause ergeben und auch durch die straffste Anstaltsdisziplin nicht behoben werden können, ist besonders von Grotjahn der Gedanke vertreten worden, nur Anstalten für ein Geschlecht zu errichten. Aber hiergegen spricht, daß dann in der Männeranstalt die für die Nähstube nötigen Arbeitskräfte, in der Frauenanstalt die landwirtschaftlichen Arbeiter fehlen — ein Nachteil, der schwerwiegend ist. Das gleiche Ziel kann durch die Art der baulichen Anlage der Anstalt erreicht werden, besonders wenn auch die Gärten getrennt sind.

Eine Trennung nach *Ständen* oder Bevölkerungsschichten erübrigt sich in dem Augenblick, wo die Leistungen der Anstalt eine Höhe erreichen, die berechtigten Ansprüchen genügen. Auch heute können eine Reihe Siechenhäuser von allen Kreisen der Bevölkerung aufgesucht werden. Allerdings überwiegen bei weitem die Mittellosen und Minderbemittelten. Im allgemeinen sind der Hauptteil der Insassen *Arme* und *Sozialrentner*, dazu kommen vielfach mehr oder weniger zahlreiche *Kleinrentner*, selten Angehörige des Mittelstandes und Personen, die die Verpflegungskosten selbst bezahlen.

So waren z. B. in Kahrwegs Asyl in Bremen am 1. XI. 1924: 121 Arme, 90 Sozialrentner, 26 Kleinrentner, im Kölner Invalidenhaus 196 Arme, 94 Sozialrentner, 8 Kleinrentner, 5 Selbstzahler. Bezeichnenderweise bevorzugen Angehörige sozial höherstehender Kreise vorwiegend Privatanstalten, die kleine Räume oder Einzelzimmer haben, oder solche öffentlichen Anstalten, die die Möglichkeiten individueller Behandlung gewährleisten.

In Ludwigsburg waren am 1. XI. 1924 nur 1 Armer, jedoch 4 Angehörige des Mittelstandes, 14 Kleinrentner, 6 Sozialrentner und 12 Pensionäre, in Salon außer 40 Selbstzahlern in der III. Klasse 15 Kleinrentner, 15 Sozialrentner, 10 Arme.

Schließlich ist noch in Betracht gezogen worden, *moralische Gesichtspunkte* zu berücksichtigen. Daß eine derartige Regelung unbedingt notwendig ist, wenn anders die modernen Siechenhäuser nicht in den gleichen Verruf kommen sollen wie einst die Armenhäuser, sieht man aus einer Statistik über die Belegschaft des Hamburger Versorgungsheimes aus dem Jahre 1911.

Damals waren unter den Männern nur 44%, unter den Frauen 76% unbescholten, die übrigen zum Teil mit ganz erheblichen Freiheitsstrafen vorbestraft. Noch deutlicher zeigt sich die Gefahr, berücksichtigt man die Zugänge eines Jahres, die die Anstalt oft nur als Durchgangsstation betrachten. Von 666 im Jahre 1910 erstmalig aufgenommenen Männern waren 31% unbescholten und 69% vorbestraft, und zwar: 2415mal mit Haft, 406mal mit Korrektion, 1212mal mit Gefängnis und 157mal mit Zuchthaus. 60% der Männer waren notorische Trinker. Von den 312 erstmalig aufgenommenen Frauen waren 76% unbescholten und 24% vorbestraft, und zwar 538mal mit Haft, 64mal mit Korrektion, 176mal mit Ge-

fängnis, 20mal mit Zuchthaus. Unter ihnen waren 20% Trinkerinnen und 12% frühere Kontrolldirnen. Wenn auch die Hamburger Zahlen durch die Verbindung mit dem Arbeitshaus ein besonders ungünstiges Bild bieten, so sind doch andererseits fast drei Viertel dieser Personen arbeitsunfähig und anstaltspflegebedürftig, so daß sie an sich dauernd untergebracht werden müssen. Die abschreckende Wirkung einer so bunt zusammengewürfelten Gesellschaft auf die Bevölkerung kann nicht ausbleiben.

Die Erfahrung in Berlin lehrt, daß die Unzuträglichkeiten durch die moralisch minderwertigen Elemente kein Ende nehmen. Daher werden in Berlin diejenigen Pflegebedürftigen, die sich wegen ihrer Vergangenheit zum Zusammenleben mit anderen Pfleglingen nicht eignen, in einer besonderen, dem Arbeitshaus angegliederten Anstalt untergebracht, und auch in Hamburg werden Personen mit schlechtem Leumund von vornherein der Zweiganstalt zugewiesen. Es bedarf keiner Erwähnung, daß die Frage nach dem Vorleben in dem Augenblick belanglos wird, wenn die betreffenden Personen schwerkrank sind.

So sucht die Verteilung der Kranken innerhalb der Anstalt den Wünschen des Einzelnen und den Interessen der Gesellschaft gerecht zu werden.

Bei der *Anlage* der Anstalten nimmt man entweder von vornherein Rücksicht auf die Angliederung an eine andere Anstalt oder bevorzugt die Errichtung eigener Anstalten. In großen Städten sind Siechenhäuser vielfach mit Einrichtungen der gesundheitlichen Fürsorge zusammengelegt. Zum Teil sind sie Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser, wie z. B. in Barmen, Frankfurt a. M., zum Teil auf dem gleichen Gelände, aber in räumlicher Trennung von dem Krankenhause, wie in Bischofswerder. Andere Anstalten sind, wie in Altona und Dresden, kombiniert mit Irrenanstalten, wieder andere, wie das Osnabrücker städtische Pflegehaus, enthalten im gleichen Gebäude eine Abteilung für Säuglinge und junge Mütter. Oder die Siechenhäuser sind mit Einrichtungen der wirtschaftlichen Fürsorge verbunden, so in Aachen, Bochum, Chemnitz mit Altersheimen. Schließlich findet sich auch, ähnlich dem Aachener Josephinum, besonders in kleineren Städten die Verbindung mit einem Waisenhaus oder Kinderheim. Das städtische Bürgerhaus in Berlin-Charlottenburg verfügt über ein baulich vom Hauptgebäude völlig abgetrenntes „Kinderhaus", das nach Art eines Waisenhauses bis zur Unterbringung in Familienpflege benutzt wird. In der konfessionellen Wohlfahrtspflege werden vielfach die verschiedenartigsten Arbeitsgebiete innerhalb derselben Anstalt in einzelnen Abteilungen gepflegt. Das Beispiel der Diakonissenanstalt Schwäbisch-Hall zeigt, wie allgemeines Krankenhaus und Kinderkrankenhaus einmal dem Wohle der Kranken, dann aber auch im Sinne eines Mutterhauses der Ausbildung von Krankenpflegepersonal dienen, wie ein „Frauenheim" die pflegebedürftigen chronisch kranken Frauen aufnimmt, ein Schwachsinnigenheim Geisteskranke beherbergt und die Anstalt schließlich noch als Mittelpunkt der Gemeindekrankenpflege und der offenen Altersfürsorge für die gesamte Umgebung dient. Die Angliederung von Siechenabteilungen an andere Einrichtungen der geschlossenen Fürsorge hat den Vorteil, daß Materialien und Lebensmittel gemeinschaftlich besorgt, die Verwaltung vereinfacht werden kann, pflegerische sowie ärztliche Betreuung mit den Kräften der Hauptanstalt leichter durchführbar ist und der Anstalt nicht der Charakter des Sterbehauses verliehen wird. Dem steht der sehr beachtliche Nachteil gegenüber, daß bei der Vergleichsmöglichkeit mit den Einrichtungen und Leistungen des Krankenhauses der Pflegling leicht das Gefühl bekommen kann, vernachlässigt und zurückgesetzt zu sein.

Die gleichen Vorteile ohne die geschilderten Nachteile haben die Kombinationen mit Altersheimen, die um so mehr gegeben sind, als die Fälle von in höherem Alter auftretendem Siechtum ja, wie bereits mehrfach erörtert, ganz überwiegen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß beide Wege für

kleinere Verhältnisse in Betracht kommen und zufriedenstellende Lösungen finden lassen.

Anders in Großstädten mit erheblicherer Nachfrage nach Betten für Dauerunterbringung. Dann stehen die Fürsorgeträger vor der Frage der Errichtung selbständiger Sonderanstalten. Nach den bisher gemachten Ausführungen wird sie am zweckmäßigsten beantwortet, wenn die Dreiteilung Siechenhaus, Altersheim und Arbeitshaus möglichst durchgeführt wird und dabei von vornherein bei der Anlage auf die neueren Anschauungen, die die Wohlfahrtspflege veredeln wollen, Rücksicht genommen wird.

Abb. 1. Hospital der Stadt Berlin in Buch. Tor mit Blick nach dem Verwaltungsgebäude.

Die in den größeren Städten neuerdings errichteten selbständigen Anstalten (s. Tabelle 7 Gruppe 1) sind mit Vorliebe an das Weichbild der Stadt oder in ihre nähere Umgebung gelegt worden. Diese Lage hat, abgesehen von der Entfernung vom Getriebe der Stadt, den Vorteil, daß die Anlage durch die geringeren Grundstückspreise verbilligt werden und vor allem für landwirtschaftliches Hinterland zur Eigenwirtschaft gesorgt werden kann. So ist das Berliner Hospital Buch etwa 17 km von dem Mittelpunkt der Stadt auf einem alten Rieselgut angelegt; das Pflegeheim Köthenwald ist 16 km von Hannover, die Heilstätte Herrnprotsch 12 km von Breslau entfernt. Der Nachteil der weiteren Entfernung von der Stadt trifft vor allem die Angehörigen der Pfleglinge, denen der Besuch erschwert wird, kann jedoch durch die Herstellung einer guten Fahrverbindung ausgeglichen werden. Den Pfleglingen selbst ist es dadurch allerdings nicht genommen, die Anstalt ohne Urlaub zu verlassen und den Tag über in der Stadt zu betteln, wie es gelegentlich vorkommt.

Die *Tendenz der Dezentralisierung* der Krankenanstalten *in den Großstädten* ist also, wenn auch erst in den Anfängen, wahrnehmbar.

Anders liegen die Dinge, wenn an mehreren Stellen geringerer Plätzebedarf vorhanden ist. Die Verzettelung in Bauten von 10—50 Betten ist durchaus unwirtschaftlich. Zwar ist es fraglich, wo die Grenze der Wirtschaftlichkeit einer Anstalt liegt. Eschle setzt sie etwa bei 300 Betten an, wobei er besonders auf die Ersparung an Personal hinweist. Schob möchte lieber eine Ausdehnung auf etwa 500 Betten, um die Kranken je nach ihrem Leiden gruppieren zu

können. Auch Boas kommt auf Grund der Erfahrungen als Leiter des Montefiore Krankenhauses für chronische Kranke in New York zu der gleichen Auffassung. Aber selbst Riesenanstalten, wie Buch bei Berlin mit 1500 Betten, lassen sich bei guter Organisation der Verwaltung und richtiger Anlage im Sinne eines Krankendorfes mit einer Reihe einzelner Pavillons noch durchaus ordnungsmäßig verwalten und billig bewirtschaften.

Der Beweis für die Behauptung, daß größere Anstalten auch größere Ausgaben machen, ist bisher nicht geliefert. In den späteren Kapiteln wird gezeigt, daß auch Riesenanstalten kaum höhere Unkosten im Betriebe verursachen als die Zwergbetriebe. Damit stimmt auch die Erfahrung überein, daß die Ausgaben in größeren Anstalten sich eher noch relativ vermindern, da das Personal besser verteilt und verwendet werden kann. Einer geschickten Organisation muß es gelingen, die Mängel, die man großen Anstalten gern nachsagt, zu vermeiden; vor allem sind die Möglichkeiten der Rentabilitätssteigerung durch Bewirtschaftung von Eigenbetrieben ungleich größer.

Daher ist es durchaus im Sinne planwirtschaftlicher Arbeit, wenn der an mehreren Stellen vorhandene Bedarf gesammelt einer einzigen Anstalt zugute kommt und *für ein größeres Gebiet* durch Zusammenschluß einer Reihe von Interessenten *eine Zentralisierung* in der Art etwa der hessischen und badischen Pflegeanstalten erfolgt.

Abb. 2. Hospital der Stadt Berlin in Buch. Kleines Wohngebäude.

Zu Behelfszwecken eignen sich ältere Krankenhäuser, die weitergehenden Forderungen nicht mehr entsprechen. Bei Neubauten sind, abgesehen von den im folgenden Kapitel im einzelnen angeführten Erfordernissen, zwei Gesichtspunkte besonderer Beachtung wert. Die Anstalt soll ohne jeden Aufwand für Fassadenwirkung, aber mit desto größerer Gediegenheit in der Inneneinrichtung erbaut werden, nichts darf entbehrt werden, was für die Hygiene der Gebäude und die Pflege der Kranken nötig ist. Das Pavillonsystem verdient den Vorzug, da es mit besonderer Leichtigkeit die individualisierende Unterbringung der einzelnen Krankheitsgruppen gestattet. Die Pavillons können unbedenklich mehrstöckig sein, die dauernd Bettlägerigen sind dabei im Erdgeschoß untergebracht; eine Fahrstuhlanlage erleichtert die Verteilung der Kranken außerordentlich. Die Größe der Pavillons sollte so gewählt werden, daß ein Haus höchstens etwa 100 Kranke beherbergt; die einzelnen Geschosse müssen in sich abgeschlossene Stationen haben, jede Station sollte höchstens 30 Pfleglingen Platz bieten. Zweitens sollte nicht aus Sparsamkeitsgründen ein ungünstiges Gelände gewählt werden, das der Bewirtschaftung mit Gärtnerei und Landwirtschaft Schwierigkeiten bereitet. Eine Anstalt, die derartigen Ansprüchen im allgemeinen genügt, ist das Hospital der Stadt Berlin in Buch.

Beschreibung des Hospitals Buch.

Das Hospital Buch wurde in den Jahren 1905 bis 1909 auf einem 94 184 qm großen Gelände für 1500 Insassen erbaut. Die Hauptachse der Anstalt ist von Norden nach Süden gerichtet. Der Hauptzugang zu der Anstalt erfolgt von der Straße nach Zepernick aus.

Unmittelbar an dieser liegt das Torhaus (A) mit Wartehalle und Pförtnerwohnungen. Hinter ihm folgt das Verwaltungsgebäude, der gesamten Baugruppe vorgelagert. Diese ist auf

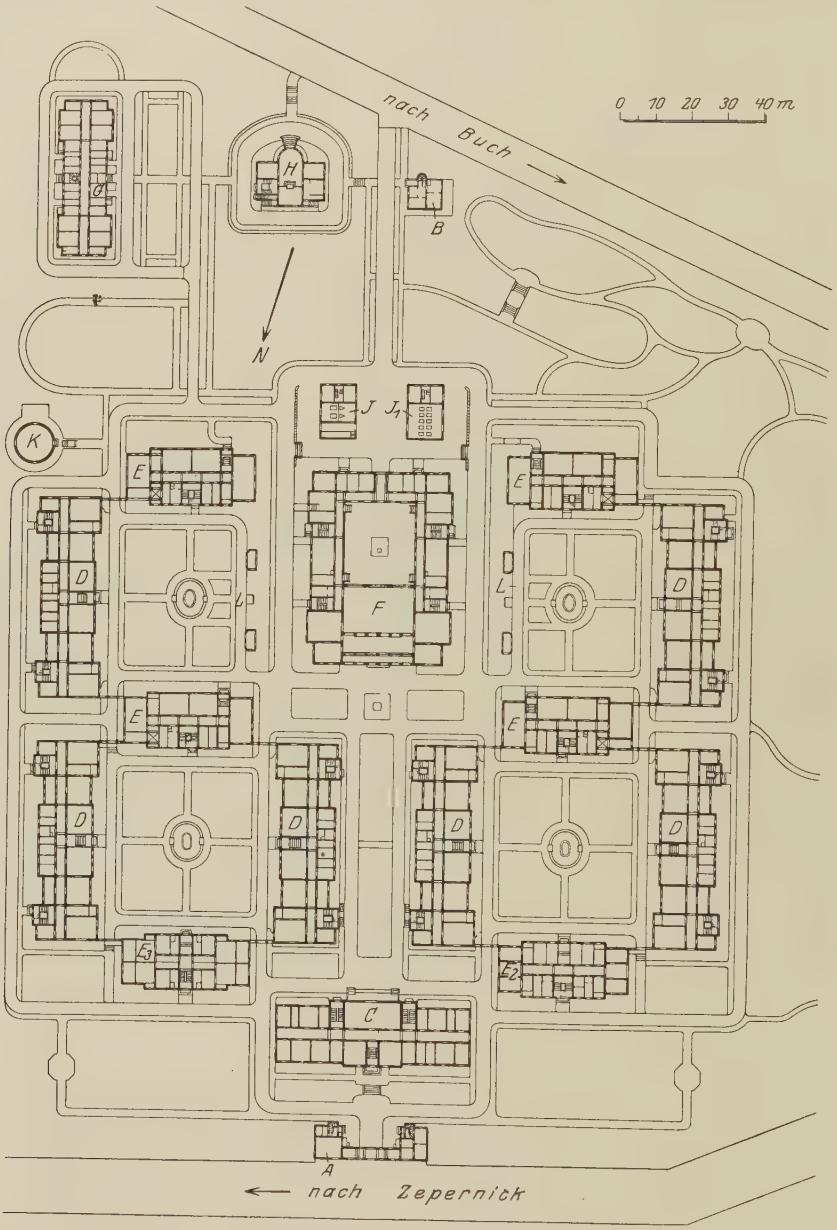


Abb. 3. Hospital der Stadt Berlin in Buch. Lageplan.
A Torhaus mit Wartehalle; *B* Torhaus mit Wage; *C* Verwaltungsgebäude; *D* Große Pavillons; *E* Kleine Pavillons; E_2 Ehepaarhaus; E_3 Beamtenwohnhaus; *F* Wirtschaftsgebäude; *G* Infektionsbaracke; *H* Leichenhaus; *J* Wagenremisen; *K* Wasserturm; *L* Futtermauern mit Gartenhäusern.
Linke Seite: Pavillons für Frauen. Rechte Seite: Pavillons für Männer.

drei Längs- und zwei Querachsen komponiert. Seitlich zur Mittelachse liegen zwei große Pavillons, auf die in der Achse selbst das Wirtschaftsgebäude folgt. Hinter ihm liegen zwei Wagenremisen; weiter nach Süden folgen östlich des Hauptweges das Leichenhaus, westlich

ein zweites Torhaus (B) für den Wirtschaftseingang. Eine Infektionsbaracke ist südöstlich außerhalb der Gesamtanlage angelegt. Ein Wasserturm an der höchsten Geländestelle krönt die Gesamtanlage. Die Pavillons für die Insassen lagern sich zu beiden Seiten der Mittelachse um vier Gartenhöfe, die durch Futtermauern, Gartenhäuschen, Brunnen, bescheidenen plastischen Schmuck den Reiz anziehender Wohnlichkeit erhalten haben, der noch dadurch vermehrt wurde, daß die in sich nicht zusammenhängenden Bauwerke durch Torbauten verbunden wurden. Soweit der Abschluß nicht durch Balustraden und Gartenhäuschen hergestellt wurde, haben die Höfe auf diese Weise einen durchaus geschlossenen Charakter erhalten, der der Wohnlichkeit entgegenkommt. Das Verwaltungsgebäude enthält im östlichen Flügel des Erdgeschosses die Aufnahme- und Bureauräume, im westlichen Flügel die Diensträume für den Anstaltsleiter, für Verwaltungsbeamte und die Ärzte sowie einen Operationssaal. Ein großer Saal des Mittelbaues dient sowohl für Versammlungen wie auch für religiöse Andachten. Die oberen Geschosse enthalten Familienwohnungen, das Kellergeschoß Wirtschafts- und Lagerräume.

Abb. 4. Hospital der Stadt Berlin in Buch. Blick nach dem Verwaltungsgebäude vom Wirtschaftsgebäude aus.

Das Wirtschaftsgebäude umschließt einen geräumigen Wirtschaftshof, der durch ein Einfahrtstor von der Südseite zugänglich ist. Es enthält die Zentralkochküche mit ihren Betriebsräumen, Lager-, Wohn- und Werkstättenräume. Die sechs großen und sechs kleineren Pavillons für Insassen enthalten ausschließlich helle, freundliche und einheitlich ausgestattete Wohnräume, die für 2, 3, 7, 10, hauptsächlich aber für 8 Betten bemessen sind. Die Geschosse der großen Pavillons sind in 2 Stationen mit 27 und 29 Betten eingeteilt; die Geschosse der kleineren Pavillons mit 34 bzw. 35 Betten bilden selbständige geschlossene Stationen. Jede Station hat einen Aufenthaltsraum (Tagesraum), einen Baderaum mit 2 Wannen und Waschvorrichtungen, einen Geräteraum und Toilettenraum. In jedem Geschoß befindet sich ferner eine Teeküche mit Wärmeschrank, Eisschrank und Abwaschbecken.

Die Gruppierung der Pavillons um eine viereckige reizvolle gärtnerische Hofanlage und die entsprechende Anordnung der Wohnräume hat den immerhin nicht zu unterschätzenden Vorteil, daß die alten Leute, mögen sie nun im Winter am Fenster ihres Stübchens sitzen oder im Sommer sich in den mit Bänken versehenen Anlagen aufhalten, nicht immer daran erinnert werden, daß sie sich in einer großen Anstalt befinden. An die schönen Anlagen reiht sich auf der Westseite der auf dem verbliebenen waldartigen Gelände geschaffene Naturpark, in dem sich die Pfleglinge aufhalten können.

d) Die Leistungen der Siechenhäuser für den Pflegling.

Die Leistungen der Anstalten für die Pfleglinge haben sich in den letzten Jahrzehnten an vielen Orten erheblich gebessert, je mehr sich die Erkenntnis Bahn brach, daß es sich hier nicht um Armenpflege, sondern um die Fürsorge für kranke Menschen handelt. So hat z. B. der Magistrat Breslau in den Grundätzen über die Verwaltung des Claassenschen Siechenhauses aus dem Jahre 1893 zum Ausdruck gebracht, die Anstalt sei an sich zwar Armenanstalt, aber für die Pflege der gleichzeitig untergebrachten Siechen sei die Verwaltung, mehr nach Art eines Krankenhauses als eines bloßen Armenasyles zu ordnen; damit waren grundsätzlich solche Mehrleistungen, die Krankheiten erforderlich machen, anerkannt.

α) Unterbringung.

Die Ansprüche der Bevölkerung an die Unterbringung und die Forderungen der wirtschaftlichen Betriebsführung stehen zueinander in einem gewissen Gegensatz. Für die Stimmung des Pfleglings und damit für den Anstaltsfrieden ist die Hauptsache, daß der Pflegling das Gefühl bekommen kann, wie „zu Hause" zu sein. Die hohen großen Säle des modernen Krankenhauses auch in der Anlage der Siechenhäuser zu benutzen, erleichtert zwar die Übersichtlichkeit und erspart dem Personal viel Arbeit, die mit dem Sauberhalten zahlloser Einzelzimmer entstehen muß, aber die Pfleglinge haben die durchaus berechtigte Neigung, sich in der langen Dauer ihres Aufenthaltes an gleichgesinnte Leidensgefährten anzuschließen und bilden am liebsten kleine Gruppen. Die Art der Erkrankung hat vielen die Möglichkeit sich anzupassen genommen. Die Unverträglichkeit unter den Insassen, zumal wenn sie monatelang bettlägerig und der Langeweile überlassen sind, ist groß und häufig; auch unter Siechen wird der schwerer Kranke störend empfunden. Die Hauptaufgabe des Arztes ist es daher, die Kranken nicht nur nach ihrem jeweiligen Zustande zusammenzulegen, sondern auch durch vielfache Verlegungen diejenige Gesellschaft herauszufinden, die am besten zueinander paßt. Daher verdienen kleinere Räume mit 4—6 Betten durchaus den Vorzug. Dort, wo man das aus der Zeit der Armenhäuser übernommene Saalsystem — besonders in älteren Anstalten — noch hat, sind im allgemeinen 10—15 Kranke zusammen untergebracht. Ganz überwiegend ist man neuerdings zur Einrichtung von mehrbettigen Zimmern übergegangen. Wie die nachstehende Aufstellung zeigt, wird am häufigsten eine Zahl von 6—8 Betten in einem Zimmer benutzt.

Tabelle 25. *Bettenzahl der Krankenzimmer.*

Ort	Name der Anstalt	Säle	Mehrbettige Zimmer	Einbettige Zimmer	Am häufigsten vorkommende Bettenzahl in einem Raum
	Gruppe 1.				
Berlin	Friedrich-Wilhelm-Hospital, Fröbelstraße	ja	ja	nein	6
„	Hospital Buch	nein	ja	nein	7—8
Bremen	Kahrwegs Asyl	.	2—9 B.	nein	5
Breslau	Claassensches Siechenhaus	ja	ja	nein	6
Düsseldorf	Pfleghaus	ja	ja	nein	6—8
Eberstadt	Provinzialpflegeanstalt	ja	nein	nein	.
Elberfeld	Alterspflegeheim	ja	2, 4 u. 8 B.	ja	.
Gießen	Provinzialpflegeanstalt Oberhessen	größtenteils	.	einzelne	25
Görlitz	Siechenhaus	nein	ja	nein	4
Hoym	Landessiechenanstalt	nein	2—12 B.	ja	12
Hub	Kreispflegeanstalt	ja	2 u. mehr	nein	8—10
Köln	Invalidenhaus	ja	ja	nein	10
Leipzig	Pfleghaus I und II	ja	nein	nein	10

Tabelle 25 (Fortsetzung).

Ort	Name der Anstalt	Säle	Mehrbettige Zimmer	Einbettige Zimmer	Am häufigsten vorkommende Bettenzahl in einem Raum
Ludwigsburg	Privatkrankenhaus	nein	2 B.	überwieg.	1
Magdeburg	H. W. Müllersches Siechenhospital	ja (100 B.)	ja	ja	.
Oberkunnersdorf	Bezirkssiechenanstalt	nein	ja (5—10 B.)	nein	6
Plauen	Pflegeanstalt Kauschwitz . .	nein	ja	nein	5—6
Sinsheim	Kreispflegeanstalt	ja	ja	ja	8 u. 10
Stettin	Siechenhaus	nein	2—12 B.	nein	3—4
Wittstock a. D.	Provinzialpflegeanstalt. . . .	ja (12–20 B.)	ja	nein	12—20
Aachen	Josephinum	ja	ja	ja	6
Altona	Altenheim	nein	ja	ja	4
Barmen	Alterspflegeheim	nein	ja	ja	2
Bischofswerder	Siechenhaus der Diasporaanstalten	ja	ja	nein	4 u. 8
Chemnitz	Fürsorge- und Pflegeheim . .	nein	4—12 B.	nein	4
Dresden	Heil- und Pflegeanstalt . . .	ja	ja	einzelne	9
Frankfurt a. M.	Altersheim d. städt. Heilanstalt	ja	ja	einzelne	16
„	Häuslingsabteilung Sandhof .	ja	nein	nein	14—17
Hamburg	Versorgungsheim	ja	ja	ja	20—22
Hannover	Pflegeheim Köthenwald . . .	nein	ja	nein	8—10
Magdeburg	Versorgungsheim	ja (15 B.)	2—6	nein	.
Osnabrück	Pflegehaus	ja	nein	nein	7
Pirna	Bezirkssiechenhaus	nein	4—7 B.	nein	4
Schwäbisch-Hall	Frauenheim der Diakonissenanstalt . . .	nein	ja (2—5 B.)	vorwiegend nur I. Kl.	1 in Sälen
Stuttgart	Bürgerhospital	ja	ja	u. f. besondere Fälle	10—13 in Zimm. 2—4
	Gruppe 2.				
Aachen	Vincenz-Spital	ja	ja	ja	2
Augsburg	St. Servatius-Pfründe	nein	ja	überwieg.	1
Berlin	Altersheim Deutsch-Wusterhausen.	ja	ja	nein	15
Bonn	Pflegehaus	ja	ja	ja	2 u. 3
Bochum	Männerheim	nein	ja	nein	4—6
„	Frauenheim	nein	ja	nein	3—4
Erfurt	Wilhelm- u. Auguste-Stiftung	nein	ja	nein	4—5
Mainz	Invalidenhaus	ja	ja	nein	4—8
Königsberg	Siechenhaus	nein	ja	30	3
Halle a. S.	Alters- und Pflegeheim . . .	ja	ja	ja	9
München	St. Nikolas-Spital	ja	ja	einzelne	4 u. 6
Salon	Männerheim	nein	4 B.	I. u. II. Klasse, teils auch III.	.

Es ist wohl kein Zufall, daß besonders in den jüngsten Anstalten, Berlin-Buch, Plauen, Hannover, Elberfeld, Pirna, das Saalsystem zugunsten der mehrbettigen Zimmer ganz verlassen worden ist. Einbettige Zimmer sind im allgemeinen in öffentlichen Anstalten selten vorgesehen und empfehlen sich wohl nur als Sterbezimmer. Je mehr die Anstalt den Charakter eines Altersheimes hat, desto häufiger werden die Einzelzimmer, da die Insassen weniger sorg-

fältig überwacht zu werden brauchen und sich auch noch allein behelfen können. Aber auch dort, wo man vorläufig auf die großen Säle angewiesen ist, lassen sich den Pfleglingen durch Errichtung kleiner, boxenähnlicher Schlafzellen, die mit Stoffvorhängen oder Rollwänden hergestellt werden, manche Annehmlichkeiten bieten. Recht schwierig ist die Frage der Ehepaarzimmer. Zwar ist der Bedarf nicht groß, da ja gerade das Fehlen der Familie ein Hauptgrund zum Aufsuchen der Anstalt ist. Von den Aufnahmesuchenden in der Zeit vom 1. X. 1922 bis 30. IX. 1923 in Berlin waren 53,9% verwitwet, 22,7% ledig, 7,9% geschieden oder getrennt und nur der kleine Rest von 14,8% verheiratet.

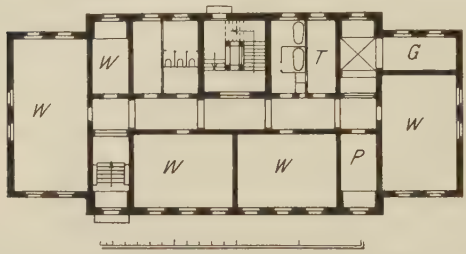


Abb. 5. Hospital der Stadt Berlin in Buch. Kleines Wohngebäude. Grundriß. Erdgeschoß.
G Gesellschaftsraum; *P* Pflegerinnenstube; *T* Teeküche; *W* Wohnraum.

Tabelle 26. *Familienstand der Pfleglinge in Berlin.*

Familienstand	Männlich	Weiblich	Zusammen	Auf 100
Verwitwet	297	611	908	53,9
Ledig	159	224	383	22,7
Verheiratet	150	99	249	14,8
Geschieden oder getrennt	81	52	133	7,9
Ohne Angaben	4	7	11	0,7
Zusammen	691	993	1684	100,0

Der Familienstand der Neuaufnahmen des Jahres 1909 im Berliner Hospital Buch war:

Tabelle 27. *Familienstand der Pfleglinge in Berlin.*

Familienstand	Männlich	Weiblich	Zusammen	Auf 100
Verwitwet	68	132	200	54,6
Ledig	42	55	97	26,5
Verheiratet	32	14	46	12,6
Geschieden und getrennt	8	15	23	6,3
Zusammen	150	216	366	100,0

Unter den Zugängen der Provinzialsiechenanstalt Gießen in den Jahren 1910 und 1920 überwogen sogar die Ledigen bei weitem noch die Verwitweten:

Tabelle 28. *Familienstand der Pfleglinge in Hessen.*

	1910				1920			
	männlich	weiblich	zusammen	auf 100	männlich	weiblich	zusammen	auf 100
Ledig	105	111	216	61,9	48	61	109	58,2
Verheiratet	18	19	37	10,6	6	2	8	4,3
Verwitwet	52	41	93	26,6	32	37	69	36,9
Geschieden	2	1	3	0,8	1	—	1	0,5
Zusammen	177	172	349	99,9	87	100	187	99,9

In der jahrelangen Trennung von Ehepaaren liegt trotz der Besuchsmöglichkeit zweifellos eine recht große Härte, zumal wenn auch der andere Ehegatte

nicht mehr voll arbeitsfähig ist. Man wird also in Einzelfällen auch in Siechenhäusern Ehepaare in einem besonderen Ehepaarhaus, wie es jetzt vereinzelt ermöglicht wird, aufnehmen können, unter der Voraussetzung, daß auch der noch nicht anstaltspflegebedürftige Teil seine Arbeitskraft der Anstalt widmet.

Die Zahl der benötigten Nebenräume ist gegenüber den Krankenhäusern recht gering, und gerade hierin liegt eine wesentliche Ersparnis für Anlage und Betrieb von Siechenhäusern. Unbedingt notwendig sind Tagesräume. In älteren Anstalten, wo sie meist fehlen, sind die Pfleglinge gezwungen, bei ungünstiger Witterung in den Schlafzimmern zu verweilen. Es dient dem persönlichen Behagen der Insassen und erleichtert dem Personal die Arbeit, wenn die Möglichkeit gegeben ist, die Pfleglinge in Tagesräumen zu versammeln, wo sie auch gemeinschaftlich essen und ihnen Unterhaltung geboten werden kann. Im allgemeinen wird man auf je 25—35 Pfleglinge einen Gemeinschaftsraum rechnen

Abb. 6. Hospital der Stadt Berlin in Buch. Großes Wohngebäude, Wohnraum.

Abb. 7. Hospital der Stadt Berlin in Buch. Kleines Wohngebäude, Gesellschaftsraum.

können. Darüber hinaus ist hie und da ein Festsaal vorhanden, in dem von der Anstalt eingerichtete Vortragsabende, Musikaufführungen usw. stattfinden. Der sehr verlockende Gedanke, die Anstalt mit einem Kranz ausgedehnter Parkanlagen zu umgeben, verliert erheblich, wenn man bedenkt, daß der malerischen Wirkung die gute Übersichtsmöglichkeit über das Tun und Treiben der Insassen geopfert werden muß. Deshalb begnügt man sich besser mit einem mittelgroßen Garten für diejenigen Insassen, die sich selbst überlassen bleiben können. Auf jede Station ist zweckmäßig eine Stationsküche und ein Badezimmer zu legen, und schließlich muß ganz besonders darauf geachtet werden, jedem Pflegling einen verschließbaren Schrank zur Aufbewahrung derjenigen Habseligkeiten zur Verfügung zu stellen, die er öfter gebrauchen will.

β) Beköstigung.

Die Verpflegung der Insassen weicht von der in Krankenhäusern üblichen nicht unerheblich ab. Dem Pflegezweck entsprechend muß auf die der Mast die-

nenden Zulagen, die dem Speisezettel im Krankenhause die besondere Note geben, verzichtet werden. Unterschiede in der Beköstigung sind für die dauernd oder meist bettlägerig Schwerkranken, für die nichtarbeitenden und für die arbeitenden Pfleglinge zu machen. Außer bei den arbeitenden Pfleglingen kann bei der Mehrzahl mit einer Verminderung des Betriebsstoffwechsels und Baustoffwechsels, teils wegen der Bewegungsarmut der Greise, teils wegen der im Alter oder bei chronischer Erkrankung auftretenden Verminderung des Körpergewichtes gerechnet werden. Hinzu kommt bei Pfleglingen mit fortschreitenden Krankheitsprozessen der erhöhte Eiweißzerfall. Schließlich muß darauf Rücksicht genommen werden, daß die große Mehrzahl nur ein recht mangelhaftes Gebiß hat und zu Verdauungsstörungen neigt. Diese Gesichtspunkte dürfen für die Bestimmung der Quantität und Qualität des Nahrungsangebotes nicht vernachlässigt werden. Eine Verpflegung, die Brennwerte an der unteren Grenze des für einen Normalmenschen gültigen Satzes liefert, wird für den Durchschnitt den Nahrungsbedarf decken; sie muß quantitativ und qualitativ für die arbeitenden Insassen und ganz allgemein in Anstalten mit gemischter Belegung verstärkt werden. Das Nahrungsangebot, mit dem gesunde 60 jährige auskamen, schwankt nach den allerdings lange Zeit zurückliegenden Untersuchungen von Förster und Mayer an Pfründnern zwischen 1600—2500 Calorien, 53—116 g Eiweiß, 38—67 g Fett, 223—345 g Kohlehydraten je Tag. Die große Spanne zwischen den einzelnen Untersuchungen läßt sie allein für die Praxis weniger bedeutsam erscheinen, zumal in Betracht gezogen werden muß, daß es sich hierbei um den durch geldliche Bedingungen sehr beeinflußten Verbrauch handelt. Da aber auch von Kestner-Knipping der Nahrungsbedarf in Altersheimen auf etwa 1900 Calorien je Tag und Kopf geschätzt wird, ergibt sich, daß der Mittelwert der Untersuchungen mit den theoretischen Berechnungen wohl übereinstimmt. Die in der Kreispflegeanstalt Sinsheim einer aus allen Altern und Krankheitsgruppen stark gemischten Belegung im Jahre 1907 verabreichte Beköstigung enthielt durchschnittlich 2941 Calorien, 86,9 g Eiweiß, 69 g Fett und 469 g Kohlehydrate.

Der Anstaltsfrieden geht durch den Magen. Nichts rächt sich stärker, als kleinliche Sparsamkeit. Wie bei allen Massenspeisungen, ist zur regelmäßigen Übersicht über die Verpflegung und zur Sicherung gegen willkürliche Bemessung der Speisen eine Beköstigungsordnung für die Anstalt erforderlich, wie sie von der größeren Mehrzahl der Anstalten auch erlassen worden ist. Ganz allgemein wird eine der Verpflegung in der Familie ähnelnde Normal- oder Einheitskost für den Durchschnitt und eine Krankenkost unterschieden, die eine Reihe Abänderungen und Zulagen gestattet. Für die Arbeitenden sind häufig Zulagen oder besondere Kostformen vorgesehen. Innerhalb der Krankenkost unterscheidet Dresden Suppenformen mit und ohne Fleisch, Hub Brei- und Schleimkost. Die Klassenkost ist durch einzelne kleine Zulagen verbessert.

Die seit 1924 geltende Beköstigungsordnung für die Berliner städtischen Hospitäler lautet wie folgt:

„*Zum 1. Frühstück*: Kaffee von 5 g gutem Malzkaffee, 3 g Kaffee-Ersatz, $^1/_{20}$ Liter Milch.

Zum 2. Frühstück: Brotbelag oder Beigabe: Wurst oder Käse oder Bückling usw., Suppe, Tee, Kaffee oder Brühe.

Fleischwurst 30 g, Kochwurst 40 g, Käse oder Bückling je 50 g, wöchentlich nicht öfter als zweimal. An 3 Tagen Suppe, an 2 Tagen Tee, an 2 Tagen Kaffee oder Brühe (ohne Belag).

Arbeitende Patienten erhalten täglich Belag in den vorstehend festgesetzten Mengen, an 2 Tagen der Woche 50% mehr als besondere Zulage.

Zum Mittagessen: Suppe[1], Fleisch 300 g wöchentlich, Fisch 250 g mit, 200 g ohne Kopf[2], Leguminosen[3], Cerealien[3], Gemüse[4], Kartoffeln bis 1000 g täglich, Kompott oder Speise[5].

1) Zwei- bis dreimal wöchentlich. 2) Davon sind herzustellen zwei Hauptgerichte mit Fleisch zu je 125 g, 50 g zum Einschneiden und ein Hauptgericht mit Fleisch. 3) Durch-

schnittlich zweimal wöchentlich. 4) Nach Möglichkeit dreimal wöchentlich. 5) Einmal wöchentlich 200 g Kompott oder fertige Speise.

Zum Nachmittagskaffee: Wie zum 1. Frühstück.

Zum Abendessen: Suppe[1], gelegentlich Tee oder Kakao, festes Gericht[2], Wurst, Käse, Würstchen, Bückling[3], konservierte Fische, Pellkartoffeln und Hering, Kartoffeln oder Cerealiengericht.

1) Dreimal wöchentlich ohne Belag. 2) Viermal wöchentlich. 3) Mengen wie beim 2. Frühstück.

Lebensmittel für den ganzen Tag oder die Woche: *Brot* 350 g täglich, Weißbrot nur auf ärztliche Verordnung. *Fett* zum Speisezubereiten 20 g pro Kopf und Tag. *Brotaufstrich*: Marmelade 210 g wöchentlich, Margarine oder Schmalz 140 g wöchentlich. Butter nur auf ärztliche Verordnung.

Bei Verordnung der Diäten ist auf größte Sparsamkeit Bedacht zu nehmen. Zulagen dürfen nur mit Unterschrift des leitenden Arztes gegeben werden. Bohnenkaffee ist als Medikament zu behandeln. Er ist in der Apotheke aufzubewahren und darf nur auf Grund ärztlicher, vom leitenden Arzt oder dessen Stellvertreter unterschriebener Verordnung verausgabt werden."

Die Höchstmengen der zu den einzelnen Speisen erforderlichen Bestandteile werden zweckmäßig gleichfalls festgesetzt. Zusammen mit der Beköstigungsordnung sind sie als Richtlinien zu betrachten, innerhalb deren die Anstaltsleitung je nach der Marktlage bis zur Grenze des für die einzelnen Nahrungsmittel festgesetzten Einheitssatzes freie Wahl hat.

Die Höchstmengen für die Pfleglinge in den Berliner städtischen Hospitälern lauten folgendermaßen:

	Pro Portion bis	Menge	Bemerkungen
1. Für den ganzen Tag.			
Brot	g	350	
Margarine oder Schmalz zum Brotaufstrich	g	20	
Marmelade	g	30	
Fett zum Speisenzubereiten	g	20	
2. Zum ersten Frühstück.			
Kaffee mit Milchzusatz:			
Malzkaffee	g	5	
Kaffee-Ersatz	g	3	
Milch	l	1/20	
3. Zum zweiten Frühstück.			
Graupensuppe, Graupen	g	40	
Grießsuppe, Grieß	g	40	
Reissuppe, Reis	g	40	
Mehlsuppe, Mehl	g	40	
Hafergrütze	g	40	
Sagosuppe, Sago	g	30	
Kartoffelsuppe, Kartoffeln	g	250	
Brühe, Maggi- usw. Würfel	Stck.	1	
Kaffee	wie zum 1. Frühstück		
Tee	g	2	
4. Zum Mittagessen.			
Fleisch wöchentlich	g	300	
Fisch mit Kopf wöchentlich	g	250	
oder ohne Kopf	g	200	
A. Suppen. (Siehe zum zweiten Frühstück.)			
B. Gemüse, Hülsenfrüchte usw., Mühlenfabrikate.			
Bohnen, grüne	g	500	
mit Kartoffeln	g	800	
Bohnen, weiße	g	200	
Bohnen, weiße	g	160	
mit Kartoffeln	g	800	
Erbsen	g	200	
Erbsen	g	160	
mit Kartoffeln	g	800	
Erbsen	g	150	
mit Sauerkohl	g	250	
Graupen	g	150	

	Pro Portion bis	Menge	Bemerkungen
Graupen	g	100	
mit Kartoffeln	g	500	
Grünkohl	g	600	
mit Kartoffeln	g	1000	
Kartoffeln (Beigabe z. Braten)	g	500—1000	je nach Jahreszeit
Kartoffeln, gesäuerte	g	500—1000	
Brühkartoffeln	g	500—1000	
Kartoffeln in der Schale	g	500—1000	
Kartoffeln	g	1000	
mit Sauerkohl	g	350	
Kohlrabi	g	600	
mit Kartoffeln	g	800	
Kohlrüben	g	600	
mit Kartoffeln	g	800	
Linsen	g	200	
Linsen	g	160	
mit Kartoffeln	g	800	
Mohrrüben	g	600	
mit Kartoffeln	g	800	
Grüne Erbsen	g	100	
mit Mohrrüben und	g	500	
Kartoffeln	g	400	
Brühreis	g	125	
Milchreis, Reis	g	125	
Milch	l	1/8	
Spinat, frisch	g	600	
mit Kartoffeln	g	1000	
Weiß- oder Wirsingkohl	g	500	
mit Kartoffeln	g	800	
Gedörrt. Weiß- oder Wirsingkohl	g	40	
mit Kartoffeln	g	800	
Gedörrter Grünkohl	g	40	
mit Kartoffeln	g	800	
Gedörrter Rotkohl	g	40	
mit Kartoffeln	g	800	
Gedörrte Bohnen	g	40	
mit Kartoffeln	g	800	
Apfelreis, Reis	g	100	
frische Äpfel	g	250	
oder Backobst	g	100	
Reis	g	100	
mit Kartoffeln	g	800	
Mehlklöße mit Backobst	g	100	
Mehl	g	150	
Eier	Stck.	1/10	
oder frischem Obst	g	300	
Kartoffelklöße, dazu Kartoffeln	g	800	
Mehl	g	100	
Eier	Stck.	1/10	
Hefeklöße, dazu Mehl	g	100	
Milch	l	1/20	
Grießklöße, dazu Grieß	g	120	
Eier	Stck.	1/10	
Nudeln	g	150	
mit Zucker	g	20	
und Zimmt	g nach Bedarf		
5. Nachmittagskaffee. Wie zum ersten Frühstück.			
6. Zum Abendessen.			
Suppe, dazu Graupen, Grieß oder Reis	g	80	
Suppe, dazu Hafergrütze oder Mehl	g	80	
Suppe, dazu Sago	g	60	
Kartoffelsuppe	g	500	

	Pro Portion bis	Menge	Bemerkungen
Sülze	g	75	
Hering	Stck.	$^1/_2$—1	
mit Kartoffeln	g	1000	
7. Zulagen für Kranke.			
Braten, warm oder kalt (Rind-, Schweine-, Kalb- oder Hammel-), rohes Fleisch	g	100	
Rind- oder Kalbfleisch zu Bouillon	g	50	
Schmalz	g	30	
Hering	Stck.	$^1/_2$—1	
Margarine	g	20	
Milch	l	$^1/_2$	
Eier	Stck.	1	
Haferschleim: Hafergrütze	g	50	
Reisschleim: Reis	g	50	
Kartoffelbrei: Kartoffeln	g	1000	
Milch	l	$^1/_{10}$	
Milchreis: Reis	g	80	
Milch	l	$^1/_{10}$	
Kopfsalat	Stck.	1	
Frisches Obst	g	200	
Backobst	g	50	
Eingemachtes	g	100	
Zitronen	Stck.	$^1/_2$	
Kakao	g	20	
mit Milch	l	$^1/_{10}$	
Kochzucker	g	15	
Tee	g	2	
Milchgrieß: Grieß	g	80	
Milch	l	$^1/_{10}$	
Weißer Käse	g	100	
Apfelmus von Ringäpfeln	g	50	
Mehlsuppe: Mehl	g	40	
Milch	l	$^1/_{10}$	

Eine derartige Beköstigung entspricht den Mindestansprüchen bei einer Belegung mit zahlreichen Schwerkranken, und es wäre wünschenswert, daß auch in Anstalten, die der Verpflegung der Insassen keine größere Beachtung schenken, ein ausreichendes Kostmaß erreicht wird. Der Einwand, daß weitere Verbesserungen den Pfleglingen eine Ernährung bringen würden, die weit über die hinausgeht, die sie sich außerhalb der Anstalt gegönnt hätten, ist nicht stichhaltig. Für die Neuordnung des Siechenhauswesens ist es nötig, daß die Bemessung der Verpflegung nicht nach den Gewohnheiten und dem Verzehr der Ärmsten, sondern nur nach dem tatsächlichen Bedarf des Kranken erfolgt. Wenn die Ernährung durchschnittlichen Ansprüchen unter Berücksichtigung des Unterbringungszweckes angepaßt ist, erübrigt sich eine besondere Beköstigung für Selbstzahler. Sie ist nur geeignet, die so leicht zu erregende Unzufriedenheit der Insassen ohne Grund zu nähren. Dagegen wäre es verfehlt, das Personal zur Teilnahme am Einheitstisch zu zwingen. Die recht erhebliche Beanspruchung des ärztlichen und pflegerischen Personals durch den Dienst in Siechenhäusern rechtfertigt eine reichliche und abwechslungsreiche Kost nach der Art der Krankenhauspersonalernährung.

Die Zubereitung der Speisen erfolgt überwiegend in den eigenen Küchen der Anstalt. In einigen kleineren Anstalten hat es sich jedoch als recht zweckmäßig erwiesen, das Essen in der Krankenhausküche mit herstellen zu lassen. In Buch werden sämtliche Speisen in einer Zentralküche eßfertig zubereitet und erst dann auf die Stationen gegeben, ein Verfahren, das die Kontrolle über die Verteilung der Lebensmittel sehr erleichtert.

γ) Bekleidung.

Die Mehrzahl der Pfleglinge kommt ohne ausreichende Kleidung und Wäsche in die Anstalt oder aber bringt nur soviel mit, daß nach einiger Zeit die Sachen verschlissen und zerrissen sind. So berechtigt es im Interesse der Sauberkeit wäre, an die Pfleglinge Anstaltskleidung zu verausgaben, so sind doch zu diesem Zwecke so erhebliche Aufwendungen nötig, daß man im allgemeinen davon abgesehen hat. Die Pfleglinge selber, inbesondere selbstzahlende, weigern sich auch ganz entschieden, auf ihre „Zivilkleidung" zu verzichten, und bei der Ähnlichkeit der heute noch üblichen Anstaltskleidung mit Sträflingskleidung ist diese Empfindung durchaus verständlich. Da die Siechenhäuser offene Anstalten sind und ein Teil der Pfleglinge aus- und eingeht, würde der fortgesetzte Wechsel der Kleidung für die Verwaltung unnötige Schwierigkeiten machen. Anders bei der Leibwäsche. Bei großen Anstalten ist es kaum möglich, in der Waschanstalt die abgegebenen Sachen so zu sortieren, daß jeder Pflegling wieder zu seinem Eigentum kommt; Unzuträglichkeiten werden vermieden und die körperliche Sauberkeit wird gefördert, wenn die Wäsche von der Anstalt geliefert und regelmäßig zum Reinigen abgenommen wird. Die große Mehrzahl der Anstalten gestattet daher das Tragen eigener Kleidung und beschränkt sich darauf, die Kleidungsstücke, soweit es nötig ist, regelmäßig zu ergänzen. Verlangt wird, daß ein bestimmter Bestand an Sachen bei der Aufnahme nachgewiesen wird.

Die reglementmäßige Ausstattung für die Provinzialpflegeanstalt der Provinz Starkenburg bei Eberstadt besteht für Männer aus: 1. 2 Röcken oder Jacken, 2 Westen und 2 Beinkleidern; 2. 2 Halstüchern; 3. 2 Paar Hosenträgern; 4. 2 Unterhosen; 5. 3 Paar Strümpfen; 6. 4 Hemden; 7. 4 Taschentüchern; 8. 2 Kopfbedeckungen; 9. 2 Paar ledernen Schuhen oder Stiefeln. Für Frauen werden verlangt: 1. 2 Oberkleider oder Röcke mit Jacken; 2. zwei Leibchen; 3. 2 Schürzen; 4. 2 Halstücher; 5. 2 Unterröcke; 6. 3 Paar Strümpfe; 7. 4 Hemden; 8. 3 Paar Frauenunterhosen; 9. 4 Taschentücher; 10. eine Kopfbedeckung; 11. 2 Paar Schuhe; 12. 3—4 Bettjacken.

Einige Anstalten, besonders die mit dem ausgesprochenen Charakter des Siechenhauses, gewähren den Insassen aus ihren Beständen Kleidung und Wäsche. Während dazu früher die Nachlaßsachen der Kleiderkammern nützliche Dienste leisteten, sind jetzt Anschaffungen aus den Haushaltsmitteln unvermeidbar, da die Nachlässe heute bedeutungslos sind. Anstaltskleidung wird nur sehr selten gegeben. In der Kreispflegeanstalt Sinsheim erhalten die Pfleglinge je nach der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Station verschiedenfarbige Anstaltskleidung, wodurch ihre Beaufsichtigung wesentlich erleichtert wird. Es wäre dringend zu wünschen, wenn man der Herstellung einer gut aussehenden, waschbaren Anstaltskleidung noch mehr Aufmerksamkeit schenkte, ist es doch eine der Fragen, die dem subjektiven Wohlbefinden der Pfleglinge ganz besonders förderlich sein können.

δ) Taschengeld.

Über diese Leistungen hinaus, die allen Pfleglingen gleichmäßig zuteil werden, hat der einzelne noch das Bedürfnis zur Befriedigung persönlicher Wünsche und zur Bestreitung kleiner Ausgaben. Es handelt sich vor allem um Genußmittel, Briefporto, Fahrgeld. Die Männer legen besonderen Wert auf Tabak und Rauchmaterialien, die Frauen wünschen meist Zucker reichlicher als er in der Anstaltskost verabreicht werden kann, zur Verfügung zu haben. Die Ausgaben sind an sich gering und für viele ganz selbstverständlich. Insassen, die auf öffentliche Kosten verpflegt werden, können sie sich gleichwohl oft nicht leisten. Gegenüber Unfall- und Invalidenrentnern, die in dem Genuß eines Teiles ihrer Rente belassen werden können, fühlen sich diese Pfleglinge benachteiligt. Es ist deshalb nur ein Gebot der Gerechtigkeit, sämtlichen Pfleglingen, die ihren Aufenthalt nicht aus eigenen Mittel bezahlen, ohne Rücksicht auf die Instanz, die für sie zahlungsverpflichtet ist, ein gleichgroßes Taschengeld auszusetzen, das die Anstalt auszahlt. Leider ist bisher vielfach nicht nach diesem Grundsatz verfahren worden. Rentner und Nichtrentner wurden verschieden behandelt, so daß die Unzufriedenheit an der Tagesordnung war und die Insassen

den Ausweg suchten, bei ihren Ausgängen zu betteln. Die Mittel, die für Taschengelder nötig sind, spielen im Vergleich zu den sonstigen Ausgaben gar keine Rolle. Zum Teil werden sie dadurch eingebracht, daß vor der Aufnahme Abtretungserklärungen gefordert werden können; diese besagen, daß der Fürsorgebedürftige mit der Ersatzleistung aus den ihm aus der RVO., dem Reichsknappschaftsgesetz, dem Versicherungsgesetz für Angestellte oder aus dem Reichsversorgungsgesetz zustehenden Renten für die durch die Anstaltspflege entstehenden Kosten einverstanden ist. Die Beträge, die zur Zeit für diesen Zweck von den Anstalten ausgesetzt sind, schwanken zwischen 0,50 Mk. und 5 Mk. monatlich. In Berlin wird den auf städtische Kosten untergebrachten Personen ein Taschengeld in Höhe von 10% ihrer Invaliden- usw. Renten, Pensionen oder ähnlichen laufenden Bezügen, mindestens aber von 3 Mk. monatlich, gewährt, soweit andere gleichhohe Einkünfte nicht vorhanden sind. Die Gewährung dieses Taschengeldes ist jedoch an die Bedingung geknüpft, daß die Empfänger laufender Renten usw. ihre Bezüge für die Dauer der Anstaltsunterbringung in voller Höhe abtreten.

ε) Pflegepersonal.

Wenn schon der Dienst in Krankenhäusern an die Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit, Sorgfalt und Zuverlässigkeit des Pflegepersonals erhebliche Anforderungen stellt, so gilt dies noch viel mehr von den Siechenhäusern. Die Atmosphäre der Hoffnungslosigkeit, die sich um unheilbar Kranke bildet, das Miterleben eines oft jahrelangen Dahinsiechens sind eine harte Probe auf die Charakterstärke und Berufsfreudigkeit des Pflegenden und müssen mitempfindende Menschen zermürben. Daraus erklärt sich, daß der Dienst in Siechenhäusern gemieden wird. Und die Abneigung gegen diese Anstalten wird noch dadurch vermehrt, daß dort auch die Ausbildungsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen und Besoldung im starken Gegensatz zu den geforderten Arbeitsleistungen standen und auch heute noch vielfach stehen. Die Verhältnisse im Krankenpflegeberuf sind auf dem Gebiete des Asylwesens ganz besonders verworren und bedürfen dringend, sowohl im Interesse der Sozialhygiene wie im Interesse des Pflegepersonals, einer Neuordnung. In den Krankenhäusern ist der Dienst am Kranken selbst getrennt von den Hausarbeiten. In den Siechenhäusern dagegen, mit ihren anderen Einrichtungen und Ansprüchen, hat das Pflegepersonal außer der krankenpflegerischen Arbeit noch eine Reihe von Hausarbeiten mit zu erledigen, und nur außerhalb der Station werden teilweise, so für die Reinigung der Flure, besondere Kräfte beschäftigt. Diese aus der geschichtlichen Entwicklung der Siechenhäuser verständliche Gewohnheit hat Nachteile, die dann stärker hervorspringen, wenn die Anstalt den Charakter der Krankenanstalt hat. Das etwa vorhandene qualifizierte Personal wird mit ungeeigneten Aufgaben überlastet und dadurch dem eigentlichen Dienst am Kranken entzogen. Deshalb sollte sich auch in den Siechenhäusern die Trennung von Pflegedienst und Reinigungsarbeit stärker durchsetzen, zumal eine Vermehrung von Hauspersonal die Beschäftigung einer geringeren Zahl von Pflegepersonen gestattet und somit den Anstaltsbetrieb verbilligt. Alle die genannten Momente haben zusammengewirkt, um die Heranbildung eines guten Stammes von Kräften für die Pflege in Siechenhäusern, ähnlich wie auch auf dem Gebiete der Irrenpflege, zu verhindern, und die Mehrzahl der in Betracht kommenden öffentlichen Anstalten gezwungen, zunächst, der Not gehorchend, unausgebildetes Personal anzunehmen, unter dem sich naturgemäß auch manche ungeeigneten Elemente befanden. Es ist das Verdienst der geistlichen Krankenpflege, die für den Dienst in vielen privaten und einigen öffentlichen Siechenhäusern die nötigen Kräfte gestellt hat, daß überhaupt brauchbare Grundlagen für eine weitere Entwicklung geschaffen worden sind. Erst nachdem, teils durch die Bestrebungen des freigewerkschaftlich organisierten Pflegepersonals selbst, teils durch den Erlaß gesetzlicher Vorschriften in der Mehrzahl der Länder, die Ausbildung des weltlichen Krankenpflegepersonals auf eine andere Grundlage gestellt ist, vollzieht sich auch hier langsam ein Wandel zum Besseren. So ist, wie die nachfolgende Tabelle 29

zeigt, in den größeren Siechenhäusern bereits jetzt eine erhebliche Zahl staatlich anerkannter Pflegepersonen tätig, in anderen allerdings ist sie nur sehr gering oder fehlt überhaupt. Nur in wenigen öffentlichen Anstalten ruht die Pflege in den Händen von Schwestern, wie in Köln, Mainz, dem Charlottenburger Bürgerhaus. Sonst ist fast überall tarifliches Personal vorhanden. Die Forderung, in Zukunft auch in Siechenhäusern nur noch Personal zu beschäftigen, das die staatliche Anerkennung besitzt oder aber in der Ausbildung begriffen ist, ist unter allen Umständen berechtigt; zu verlangen ist jedoch auch, daß die Ausbildung auf die gesondert liegenden Verhältnisse der Siechenhaustätigkeit Rücksicht nimmt, sich nicht nur auf Erlernung des Krankenhausdienstes beschränkt, und daß die Arbeitsbedingungen auf einen den berechtigten Ansprüchen eines gehobenen Personals entsprechenden Stand gebracht werden.

Nach der Tabelle 29 schwankt die Zahl der Krankenbetten, die eine Pflegeperson zu versorgen hat, ganz außerordentlich. Es wäre verfehlt, Vergleiche unter den einzelnen Anstalten zu ziehen, da sich wohl kaum irgendwo das Krankenmaterial gleicht und weiter die Zahl des vorhandenen Hauspersonals und die Dienstverteilung starke Unterschiede zeigen.

Tabelle 29. *Zahl der Betten auf 1 Pflegeperson.* (Nach dem Stande vom November 1924.)

Ort	Anstalt	Pflegepersonal		Verhältnis von Pflegepersonal zur Bettenzahl	Hauspersonal	Sonstiges Personal (ohne Verwaltungspersonal)
		mit staatlicher Anerkennung	ohne staatliche Anerkennung			
Berlin	Hospital Buch	68	61	1 : 11,7	12	64
Bremen	Kahrwegs Asyl	10	2	1 : 22	9	3
Breslau	Claassensch. Siechenh.	3 Schwest.	28	1 : 12	0	16
Düsseldorf	Pflegehaus	0	0	0	36	10
Eberstadt	Provinzialpflegeanstalt.	3	22	1 : 17	11	9
Elberfeld	Alterspflegeheim . . .	7	4	1 : 17	14	6
Gießen	Prov. Pflegeanstalt . .	1	7	1 : 37	0	1 Küchenschwester, 1 Köchin, 3 Küchenmädchen, 1 Näherin, 1 Büglerin, 1 Weißzeugschließerin, 1 Gärtner, 1 Schneider und Pförtner, 1 Hausbursche, 1 Schuhmacher
Görlitz	Siechenhaus	1	4	1 : 14	3	1
Hoym	Landessiechenanstalt .	11	27	1 : 12	14	26
Hub	Kreispflegeanstalt . .	0	33	1 : 21	0	12
Köln	Invalidenhaus	14 Ordensschwest.	1	1 : 19	42	1 Hausverwalter, 1 Oberin, 1 Beschließerin, 1 Maschinist, 1 Hilfsmaschinist, 5 landwirtschaftliche Angestellte
Leipzig	Pflegehaus	20	3	1 : 11	16 einschl. Küche und Wäsche	1 Pförtner, 1 Bote, 1 Heizer, 1 Wirtschafterin
Ludwigsburg	Frauenheim	4	0	1 : 9	5	1
Magdeburg	H. W. Müllersches Siechenhaus	0	1	1 : 100	4	0
Oberkunnersdorf	Bezirkssiechenanstalt .	0	3	1 : 40	1	2
Plauen	Pflegeanst. Kauschwitz	3	1	1 : 22	5	1
Sinsheim	Kreispflegeanstalt . .	4	10	1 : 22	0	5

Tabelle 29 (Fortsetzung).

Ort	Anstalt	Pflegepersonal mit staatlicher Anerkennung	Pflegepersonal ohne staatliche Anerkennung	Verhältnis von Pflegepersonal zur Bettenzahl	Hauspersonal	Sonstiges Personal (ohne Verwaltungspersonal)
Stettin	Siechenhaus	0	8	1 : 23	8	0
Wittstock a. D.	Prov. Pflegeanstalt . .	0	62	1 : 10	6	12
Aachen	Josephinum	0	29	1 : 14	22	8
Barmen	Alterspflegeheim . . .	3	1	1 : 9	4	0
Bischofswerder	Siechenhaus	1	1	1 : 15	1	1
Chemnitz	Fürsorge- u. Pflegeheim	1	7	1 : 15	3	0
Frankfurt a. M.	Altersheim der städt. Heilanstalt	2	4	1 : 20	0	0
Frankfurt a. M.	Häuslingsabteilung Sandhof	2	0	1 : 43	2	0
Hamburg	Versorgungsheim . . .	0	73	1 : 40	59 einschl. Küche und Wäsche	167
Hannover	Pflegeheim Köthenwald	3 Schwest.	14	1 : 6	1	5
Pirna	Bezirks-Siechenhaus	5	4	1 : 23	0	0
Stuttgart	Bürgerhospital (Siechenabteilung). .	2	16	1 : 15	16	0
Aachen	Vincenz-Spital	0	23	1 : 6	2	2
Augsburg	St. Servatiuspfründe .	12	6	1 : 8	3	2
Bonn	Städt. Pflegehaus . . .	23	.	1 : 4	5	0
Bochum	Männerheim	0	1	1 : 120	3	0
„	Frauenheim	0	1	1 : 66	1	0
Erfurt	Wilhelm- und Auguste-Stiftung	6 Schwest.	1	1 : 17	6	0
Halle a. S.	Alters- u. Pflegeheim .	0	9	1 : 47	19	10
Mainz	Invalidenhaus	0	25 Ordensschwest.	1 : 13	25	2
München	St. Nikolasspital . . .	0	13	1 : 11	6	1
Salon	Männerheim	4	10	1 : 6	6	2

Eins zeigt sich übereinstimmend. Durch den Wegfall vieler Einrichtungen, die reichlich Personal beanspruchen, kann im Gegensatz zu den Krankenhäusern auch in solchen Siechenhäusern, die eine große Zahl von Schwerkranken beherbergen, der Dienst ohne Schädigung des Kranken mit einem wesentlich geringeren Personalbestande — etwa auf 15—20 Betten eine Person — durchgeführt werden, wenn man dagegen hält, daß in Krankenhäusern durchschnittlich auf 4—5 Betten 1 Pflegeperson gerechnet werden muß. Verhältnismäßig selten ist das Pflegepersonal für die Erledigung pflegerischer Arbeiten durch eine genügende Anzahl von Hauspersonal freigemacht, und dadurch ist die Belastung dieser Kräfte nicht unerheblich.

Die wichtigste Frage, die der *Arbeitszeit*, ist durch die am 1. IV. 1924 in Kraft getretene Verordnung des Reichsarbeitsministers über die Arbeitszeit in den Krankenpflegeanstalten vom 13. II. 1924 und die dazu erlassenen Grundsätze vom 17. V. 1924 auch für die Siechenhäuser geregelt.

Danach soll die wöchentliche Arbeitszeit im Höchstfalle 60 Stunden nicht überschreiten, die tägliche Höchstarbeitszeit 10 Stunden betragen und durch angemessene Pausen unter-

brochen werden. Die Regelung bezieht sich auf alle Arbeitnehmer im Sinne des § 10 des Betriebsrätegesetzes, die den persönlichen Dienst am Kranken leisten, also vor allem Pfleger und Wärter, und ferner auf Dienstverrichtungen, die betreffend ihres Zeitpunktes vom Kranken abhängen (so Masseure, Bademeister, Küchenpersonal), nimmt dagegen Arbeiten, die nicht unmittelbar am Kranken geleistet werden, aus (also Heizer und unter Umständen einzelne Gruppen des Hauspersonals). Infolgedessen bleiben Beamte und Beamtenanwärter, also im allgemeinen die Schwestern, sowie Personen, deren Beschäftigung nicht in erster Linie ihrem Erwerbe dient, sondern religiös oder caritativ bestimmt ist, z. B. die Ordensschwestern, von dieser Regelung befreit, wenn die Anstaltsleitung einen entsprechenden Antrag stellt.

Unter der Wirkung dieser Verordnung sind an manchen Orten harte Kämpfe um die Beibehaltung des 8-Stundenarbeitstages geführt, hatte man doch bei der Einführung des 8-Stundentages für gewerbliche Arbeiter vielfach auch Krankenpflegeanstalten als gewerbliche Betriebe aufgefaßt. Diese Anschauung, die das Wesen der Krankenanstalt völlig verkennt, hatte gerade in den Siechenhäusern, wo nur vereinzelt Schwestern, dagegen vorwiegend tarifliches Personal beschäftigt ist, zur Personalinflation geführt. Die Sanierung war hier besonders schwierig. Die Freiheiten in der Verteilung der Arbeitsstunden und der Pausen, die die Verordnung vom 13. II. 1924 der Verwaltung bzw. der Anstaltsleitung läßt, sind an einzelnen Orten zu Kompromissen benutzt worden, die weder eine nennenswerte Personalersparnis, noch größere Vorteile für die Kranken brachten. Denn statt einer einzigen mit Dazwischenschaltung größerer Pausen arbeitenden Tagesschicht und einer Nachtschicht sind hier und da außer der Nachtschicht 2 Schichten am Tage tätig. Diese Regelung birgt die Gefahr, daß sich die Schichten überschneiden und z. B. in den Mittagsstunden, wo die Kranken ruhen, zahlreiches Personal vorhanden ist, obwohl es dann wenig beansprucht wird, zur anderen Zeit der stärksten Arbeitsbelastung, z. B. morgens und abends, dagegen knapp ausreicht. Bei dem Wechsel der Schichten am Tage ist es weiter der Stationspflegerin sehr erschwert, die Übersicht über die Durchführung der ärztlichen Verordnungen zu behalten und die Verantwortung für das Stationsinventar zu tragen. Vielmehr liegt es im Interesse der Kranken und der Anstalt, daß das Pflegepersonal mit Einlegung größerer Pausen den geteilten Arbeitstag unter Zugrundelegung der 48 stündigen Arbeitswoche und einer entsprechenden Arbeitsbereitschaftszeit arbeitet. Dabei ist allerdings vorausgesetzt, daß es menschenwürdige Wohnungen in der Anstalt zur Verfügung haben kann und eine Beköstigung erhält, die der Schwere und Verantwortung seiner Arbeit angepaßt ist.

Die *Besoldungsverhältnisse* für das Pflegepersonal sind heute insofern völlig geändert, als auch die wirtschaftliche Existenz des nicht beamteten Pflegepersonals wesentlich gesicherter ist, als früher. Es werden meist Tarifverträge abgeschlossen, die die Bezüge nach der Vorbildung abstufen.

In Berlin sind Krankenpfleger (-pflegerinnen) ohne staatliche Anerkennung in den beiden ersten Jahren ihrer Berufstätigkeit in der Vergütungsgruppe 3 der Reichsbesoldungsordnung, nach zweijähriger Berufstätigkeit in Vergütungsgruppe 4, Krankenpfleger (-pflegerinnen) mit staatlicher Anerkennung und solche ohne staatliche Anerkennung, sofern sie am 1. VII. 1922 eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit nachweisen, in Vergütungsgruppe 5, Oberpfleger in Vergütungsgruppe 6. Stellvertretende Oberpfleger (-pflegerinnen) erhalten für ihre Person die Bezüge der Vergütungsgruppe 5 und einen Zuschlag in Höhe von 50% des Unterschiedsbetrages zwischen den entsprechenden Bezügen der Vergütungsgruppe 5 und 6. Hilfskrankenpfleger (-pflegerinnen) und Wärter (Wärterinnen) werden hinsichtlich der Einreihung den Krankenpflegern (-pflegerinnen) gleichgestellt.

ζ) Ärztliche Versorgung.

In der ersten uns bekannten Dienstverpflichtung für Ärzte — sie ist in Frankfurt a. M. im Jahre 1381 erlassen — wird bestimmt: „und sol auch den siechin luden in dem spitale, wer dryn kommt, auch gereide sin mit myner Konst und keynen lon von yn nemen.“ Es war also für unentgeltliche ärztliche Hilfe in den Anstalten frühzeitig gesorgt.

Während des Mittelalters spielten die Ärzte in den Spitälern keine wesentliche Rolle. Man begnügt sich im allgemeinen damit, einem Armenarzte die Mitversorgung der Anstalten zu übergeben. Allmählich mehrten sich die Fälle, in denen der Arzt nicht nur bei Gelegenheit hinzugezogen werden mußte. Und je mehr die Anstalten zu Krankenanstalten wurden, desto stärker trat auch die Notwendigkeit hervor, den Insassen eine regelmäßige ärztliche Überwachung zu bieten. Man ging dazu über, bestimmte Ärzte für diesen Zweck zu verpflichten.

Das noch heute am meisten überwiegende System ist das *nebenamtliche*, von dem in mannigfachen Formen Gebrauch gemacht wird. Es reicht vielfach aus, da die Beanspruchung des Arztes in kleinen Anstalten verhältnismäßig gering ist. Gelegentlich versieht ein Armenarzt den ärztlichen Dienst, besonders da, wo, wie in Magdeburg, das Versorgungshaus gleichzeitig den Zwecken des Armenhauses dient und der Arzt außer dieser Anstalt noch verschiedene Klöster zu versorgen hat.

Wesentlich häufiger ist die ärztliche Versorgung einem Arzte übertragen worden, der auch an anderen Anstalten auf dem Gebiete der städtischen Wohlfahrtspflege beschäftigt ist. So ist im Josephinum in Aachen der Arzt gleichzeitig im Waisenhaus tätig, in Königsberg i. Pr. außer am Siechenhaus am Alters- und Pflegeheim und einem weiteren Stift. Am häufigsten werden Ärzte der Krankenhäuser mit dieser Aufgabe betraut. Entweder versorgen angestellte Krankenhausärzte die Siechenhäuser ohne besondere Vergütung im Rahmen ihres sonstigen Dienstes noch mit; in Osnabrück, im Magedeburger H. W. Müllerschen Siechenhause, im Stettiner Siechenhause halten die Ärzte des Krankenhauses die Visiten ab. Oder aber Ärzte werden zugleich für mehrere Anstalten der kommunalen Gesundheitspflege verpflichtet und nach dem Umfange ihrer Arbeit in den einzelnen Anstalten besoldet, so im Claassenschen Siechenhaus in Breslau, in Barmen, Bochum, Düsseldorf, Frankfurt a. Main, Halle a. S., Pirna, Plauen.

Diese Lösung ist auch, abgesehen von den Anstalten, die räumlich mit den Krankenhäusern verbunden sind, dort, wo die Art der Insassen, die Größe der Anstalt und die Zahl der Zugänge keine zu starken Ansprüche an den Arzt stellen, zweifellos die glücklichste, da sie die Benutzung der modernen klinischen Untersuchungsmethoden und der Einrichtungen des Krankenhauses am besten gewährleistet.

Im allgemeinen wird allerdings dem nebenamtlichen System der Nachteil anhaften, daß nicht die volle Arbeitskraft zur Verfügung steht, die Ärzte bei plötzlichen Zufällen schwer erreichbar sind und infolge starker Überlastung mit einer zu großen Zahl von Kranken bei häufig unzureichender Bezahlung nicht mit dem erforderlichen Interesse bei der Sache sein können. Es gibt noch große Anstalten mit Hunderten von Betten, die nicht jeden Tag ärztliche Visite haben! Größeren selbständigen Anstalten dürfte die zukünftige Entwicklung *hauptamtlich* angestellte Ärzte bringen, ganz ähnlich, wie sich auf dem verwandten Gebiete des Irrenwesens der Stand der Irrenärzte gebildet hat. Bisher wird u. a. in Berlin, Breslau (Herrnprotsch) Dresden, Eberstadt, Hamburg, Hannover, Hub, Leipzig, Sinsheim, Wittstock so verfahren.

Die Zahl der Betten, die ein Arzt versorgen kann, wird naturgemäß je nach den Zugängen in die Anstalt und der Art des Krankenmaterials ganz außerordentlich verschieden sein.

In den Leipziger Pflegehäusern kommen 1 nebenamtlich tätiger leitender Arzt und 1 Assistenzarzt auf 247 Betten (1 : 123), in der Abteilung für Nervenkranke und chronisch körperlich Kranke der Dresdener Heil- und Pflegeanstalt 4 hauptamtliche Ärzte (Direktor, Oberarzt, Anstaltsarzt und Assistenzarzt) auf ca. 450 Betten, etwa zwei Drittel sind bettlägerig (1 : 110). Im Hannoverschen Pflegeheim Köthenwald, das eine Siechenabteilung und eine Beobachtungsstation für Nervenkranke enthält, ist ein leitender Arzt vorhanden (1 : 105), in der Kreispflegeanstalt Sinsheim versieht den gesamten ärztlichen Dienst der

Direktor der Anstalt (1 : 306). Das Berliner Friedrich Wilhelms-Hospital Fröbelstraße, ein Schwerstkrankenhaus von 1400 Betten, hat für die innere Abteilung mit 900 Betten 1 leitenden Arzt und 2 Assistenzärzte (1 : 300), für die neurologische Abteilung mit 500 Betten 1 leitenden Arzt und 3 Assistenzärzte (1 : 125); das Berliner Hospital Buch auf 1500 Betten 1 leitenden Arzt und 2 Assistenzärzte (1 : 500). In Hamburg sind für die gesamte Anstalt, einschließlich Arbeitshaus, 2 Oberärzte und 2 Assistenzärzte für 2935 Betten vorhanden (1 : 734); in Hub 1 hauptamtlicher Arzt auf 700 Betten, der zugleich Anstaltsdirektor ist; in Eberstadt 1 hauptamtlicher Direktor auf 425 Betten; in Wittstock a. D. 1 hauptamtlicher Direktor auf 605 Betten.

Die Besoldung der hauptamtlich tätigen Ärzte richtet sich nach der Reichsbesoldungsordnung. Sie liegt je nach der Größe der Anstalt, Dienststellung und Mitbeteiligung an der Verwaltungsarbeit zwischen den Gruppen 10—12. Die nebenamtlichen Ärzte erhalten entweder, wie in Aachen, Bremen, Chemnitz, einen bestimmten Bruchteil der Gruppen 10—12 als Pauschhonorar, oder aber, wie in Erfurt, einen Anteil der Gruppe 11 nach Stundenleistung, oder aber, wie in Augsburg und Köln, eine monatliche Pauschale.

Für die fachärztliche Behandlung, die unter Umständen nötig werden kann, werden entweder Fachärzte der freien Praxis von Fall zu Fall gegen Bezahlung nach Einzelleistung oder Fachabteilungen der öffentlichen Krankenhäuser und Polikliniken in Anspruch genommen. Vereinzelt sind dort, wo größerer regelmäßiger Bedarf vorliegt, Fachärzte nebenamtlich fest verpflichtet. So die verhältnismäßig häufig benötigten Augenärzte und ferner Zahnärzte.

Vorteilhaft ist es, mit Rücksicht auf die am häufigsten vorkommenden Krankheitsgruppen den ärztlichen Dienst in Siechenhäusern einem neurologisch oder psychiatrisch erfahrenen Arzte zu übertragen. In Plauen ist der Arzt des Siechenhauses zugleich Oberarzt der psychiatrischen Abteilung des städtischen Krankenhauses, in Eberstadt, Frankfurt a. M. (Altersheim der städtischen Heilanstalt), Hannover, Sinsheim, Wittstock a. D. und einigen Berliner Anstalten sind psychiatrisch und neurologisch vorgebildete Ärzte Leiter. Andere Städte, wie Barmen und Frankfurt a. M. (Häuslingsabteilung des städtischen Krankenhauses Sandhof) haben den Internisten der städtischen Krankenhäuser zur Versorgung der Siechenabteilungen herangezogen.

Die Siechenhäuser würden ihrer Aufgabe als Krankenanstalten nicht gerecht werden, fände sich nicht Gelegenheit, die Beobachtung der chronisch verlaufenden Erkrankungen während des Lebens durch das Ergebnis der Autopsie zu ergänzen und damit in das Dunkel einer ganzen Reihe noch wenig durchforschter Krankheitsbilder etwas mehr Licht zu bringen. Grober hat mit vollem Rechte die sorgfältige pathologisch-anatomische Untersuchung der Verstorbenen gefordert. Sie wird an vielen Stellen durch die Prosektur anderer Krankenanstalten ohne wesentliche Mehrarbeit miterledigt werden können. Es scheint aber, als ob man sich bisher dieser Frage aus Bedenken, die das Wesen der modernen Siechenhäuser verkennen, nicht sehr angenommen hat, obwohl die wissenschaftliche Ausbeute z. B. für das Gebiet der Erkrankungen des Nervensystems recht erheblich sein könnte. Im Berliner Friedrich-Wilhelm-Hospital, Fröbelstraße, sind in den Jahren 1922/23 und 1923 bis 1924 in je 49% aller Todesfälle Leichenöffnungen erfolgt, während in anderen Anstalten und anderen Städten dieser Prozentsatz nicht entfernt erreicht wird.

Im allgemeinen muß man also sagen, daß die Möglichkeiten einer wirklich ausreichenden ärztlichen Betreuung der Kranken, geschweige denn wissenschaftlicher Forschung, nur selten erschöpft worden sind, und sie werden durch Hinzuzählung der Medizinalpraktikanten oder außerplanmäßigen Volontäre nicht wesentlich verändert. Daß ein hauptamtlicher Arzt mehr als 300 Pfleglinge übersehen oder gar genügend versorgen kann, erscheint schon recht schwierig; sobald zahlreiche Schwerkranke vorhanden sind oder der Bestand vielfach wechselt, dürften einem

Arzte kaum mehr als 100—150 Betten zuzuteilen sein. Zum Teil ist an diesen Zuständen Schuld, daß man sich über die Notwendigkeit von Ärzten in Siechenhäusern bis in die neueste Zeit nicht klar war, da man ihre Aufgaben verkannte. Denn der Arzt im Siechenhaus wird nicht zum Lindern von Schmerzen und Trösten allein, sondern zur Auswertung der Teilarbeitskräfte der Pfleglinge nach sozialhygienischen Gesichtspunkten und damit zur Mitarbeit an der Verwaltung, ganz abgesehen von der Überwachung des Pflegepersonals und der Kontrolle über die Hygiene der Anstalt, gebraucht. Zum anderen liegt es daran, daß das Gebiet des Siechenhauswesens noch weniger als das des Irrenwesens den Individualärzten liegt, deren ganze Erziehung und Denkweise sie weniger dem pflegenden, als dem behandelnden und heilenden Moment der ärztlichen Tätigkeit zutreibt.

Die Schaffung hauptamtlicher Stellen wird hoffentlich in Zukunft besonders Sozialärzte veranlassen, in der Förderung des Siechenhauswesens eine Lebensaufgabe zu erblicken und den dankbaren Aufgaben, die besonders auf volkswirtschaftliches Gebiet übergreifen, nachzugehen.

e) Pflichten der Pfleglinge.

α) Arbeit.

Während in demokratischen Ländern wie der Schweiz und Norwegen die Auffassung ganz allgemein verbreitet ist, daß jeder Kranke die selbstverständliche Pflicht hat, die Kosten seines Unterhaltes durch eine seinem Zustande angepaßte Arbeit zu verringern, verknüpft man in Deutschland gern mit dem Begriff der Krankheit auch den des Nichtstuns. An dieser künstlich gezüchteten Meinung ist nicht zum wenigsten das „Krankschreiben" und die von den Krankenkassen aus verwaltungstechnischen Gründen streng durchgeführte Kontrolle der völligen Fernhaltung von jedweder Arbeit oder Beschäftigung bei Krankengeldbeziehern schuld, ferner die Gleichstellung der Begriffe von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit im Sprachgebrauch, während sie die Gesetzgebung unklar und verschieden bezeichnet. Die Arbeitsfähigkeit ist, wie Grotjahn mehrfach betont hat, zunächst ein physiologischer, die Erwerbsunfähigkeit ein nationalökonomischer Begriff, und es ist durchaus denkbar, daß ein nach der heutigen Auffassung völlig erwerbsunfähiger Krüppel voll arbeitsfähig ist, sofern er eben in die Lage versetzt wird, einen bestimmten, erlernten Beruf auszuüben.

Wenn man Bedenken haben kann, ob in einem Krankenhause bei der kurzen Zeit des Aufenthaltes Krankenarbeit einen wesentlichen Nutzen für den Kranken und die Anstalt mit sich bringt, oder nicht vielmehr die Schädigungen überwiegen, so liegen die Dinge auf dem Gesamtgebiete des Asylwesens wesentlich anders. In den Irrenanstalten hat sich die regelmäßige Heranziehung geeigneter Kranker zur Arbeit bereits als ein Faktor erwiesen, der die Behandlung höchst erfolgreich unterstützt und auch wirtschaftlichen Wert für die Anstalt hat. Es scheint unmenschlich und klingt zunächst ganz widersinnig, Siechen und Altersgebrechlichen Arbeit zuzumuten. Aber außer den dauernd Bettlägerigen haben wohl fast alle Pfleglinge noch Bruchteile von Arbeits- oder Beschäftigungsfähigkeit, die ihnen allerdings im freien Leben gar nichts mehr nützen, jedoch, wenn sie selbst minimal sind, bei Verwendung am richtigen Platze und bei entsprechender Auswahl der Arbeitsvorgänge nicht nur innere, sondern auch rechnerisch nachweisbare Werte schaffen können. Daß regelmäßige Arbeitsleistung die Pfleglinge vor dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit bewahren und seelisch weitgehend beeinflussen kann, daß sie körperliches Unbehagen, Verdrießlichkeit und Langeweile zweckmäßiger bekämpft als Kartenspiel und Tabakspfeife, ist allgemein anerkannt. Aber die Einschätzung des ökonomischen Wertes dieser Leistungen ist häufig vernach-

lässigt oder falsch. Die Klärung dieser Frage ist jedoch von größter Bedeutung. Denn die Aufrechterhaltung der Asyle als reine Zuschußbetriebe, erst recht aber ihre Verallgemeinerung, hängt von ihrer Billigkeit ab und weiter von der grundsätzlichen Stellungnahme zur Frage der Freiheit des Individuums. So sehr gewisse Individualsphären sorgfältige Schonung verdienen, so bedeutete es doch eine Überfeinerung des Humanitätsgedankens, zahllose Personen in einer ihren durchschnittlichen Lebensgewohnheiten angemessenen Art und Weise aus öffentlichen Mitteln zu ernähren, ohne als Ausgleich dafür noch vorhandene Kräfte wenigstens in geringem Umfange für die Gesellschaft zu verwenden. Planlose Beschäftigungen als Zeitvertreib sind weder für den Pflegling noch für die Anstalt von Nutzen, eher schädlich. Es muß daher die Forderung erhoben werden, alle Pfleglinge in Siechenhäusern, die nicht dauernd bettlägerig oder aus besonderen ärztlichen Gründen von der Arbeit unbedingt zu befreien sind, zu leichten Arbeiten heranzuziehen. Allerdings darf es nur auf Anweisung und unter ständiger Überwachung des Arztes geschehen, um Schädigungen zu vermeiden. Für die Erzielung eines ausreichenden Nutzeffektes muß der Anstalt durch besondere Organisation des Aufnahmeverfahrens eine geeignete Mischung im Krankenbestande erhalten bleiben, die wenigstens die notwendigsten Kräfte zur Verfügung stellt und verhindert, daß eines Tages die Anstalt nur noch mit dauernd Bettlägerigen belegt ist. Dahin zielt besonders die Aufnahme von ruhigen Geisteskranken, Trinkern, harmlosen Psychopathen und Neurotikern.

In vielen Anstalten wird der Grundsatz der Arbeit durchgeführt. In den meisten Hausordnungen, die die Pfleglinge beim Eintritt in die Anstalt anerkennen müssen, wird die Pflicht zur Arbeit festgelegt. Besonders streng führen dies die skandinavischen Länder durch. Die Aufnahmebedingungen der Tuberkuloseheime legen den Insassen die Pflicht auf, alle vom Arzte als therapeutische Maßnahme aufgetragenen Arbeiten zu erledigen. Damit ist im allgemeinen der Vormittag ausgefüllt, am Nachmittag sind die Pfleglinge frei, mit der Beschränkung, daß einige Insassen, die untereinander abwechseln, auch nachmittags der Anstaltsleitung zur Verfügung stehen müssen. Gleichwohl bedarf es aller Energie und Zielbewußtheit der Anstaltsleitung, um eine gewisse Abneigung der Pfleglinge zu überwinden und die Widerspenstigen, die sich immer wieder einmal zusammenfinden, eines Besseren zu belehren. Gerade hierbei wird sich der Anstaltsarzt als Psychagog bewähren können. In der Provinzialpflegeanstalt Gießen wurden etwa 40% des Bestandes im Jahre 1910 regelmäßig zur Arbeit herangezogen. Die zu erledigenden Arbeiten umfassen im wesentlichen 3 verschiedene Arten. Erstens sollen im Anstaltsbetriebe selbst alle Pfleglinge untereinander beim Waschen, Ankleiden, Essen und Ausfahren der nicht Gehfähigen behilflich sein, bei der Reinigung und Sauberhaltung der Zimmer zufassen und je nach ihrer Eignung in den Wirtschaftsbetrieben arbeiten. Fast in jeder Anstalt sind weibliche Insassen in der Kartoffelschälküche und beim Gemüseputzen tätig, dagegen ist die Arbeit in der Koch- und Waschküche für viele zu schwer. Die Männer finden für Botengänge Verwendung. Pflegetätigkeit durch Insassen ausüben zu lassen ist jedoch ein recht gewagtes Experiment, und wenn auch hier und da die Erfahrungen nicht schlecht waren, so sollten doch diese verantwortungsvollen Aufgaben dem berufsmäßigen Pflegepersonal überlassen bleiben.

Als zweites kommen *Werkstätten* in Frage. Sämtliche vorkommenden Reparaturen müssen in einem modernen Betrieb nicht nur in der Anstalt selbst, sondern möglichst von Pfleglingen unter Anleitung und Aufsicht einiger bezahlter Kräfte ausgeführt werden. In einigen Anstalten, wie im Berliner Hospital Buch, der Breslauer Heilstätte Herrnprotsch, der Dresdner Heil- und Pflegeanstalt, im Altonaer Altenheim, dem Elberfelder Alterspflegeheim, im Frankfurter Alters-

heim, im Kölner Invalidenhaus, vor allem aber in den groß angelegten Pflegeanstalten Eberstadt, Hub und Sinsheim sind mehr oder minder vollkommene Werkstätten eingerichtet.

Sie beschäftigen im allgemeinen Schlosser, Tischler, Schneider, Schuhmacher, Tapezierer, Polsterer, Sattler, Buchbinder, Glaser, Maurer, Klempner, Mechaniker, Korbmacher und Stuhlflechter, Näherinnen und Flickerinnen. Die nachfolgende Aufstellung aus dem Hospital Buch in Berlin zeigt, wieviel teilweise arbeitsfähige Pfleglinge unter Berücksichtigung des jeweiligen Personalbestandes bei einer planmäßigen Bettenzahl von 1500 dauernd erforderlich sind, um den Betrieb wirtschaftlich zu erhalten.

10 Schneider
25 Schneiderinnen und Weißnäherinnen
15 Schuhmacher
4 Schlosser
2 Klempner
4 Tischler
2 Glaser
4 Maler
2 Anstreicher
2 Maurer
3 Tapezierer
4 Korbmacher
4 Buchbinder
2 Mechaniker
4 Roßhaarzupfer
52 Männer und 16 Frauen zur Hilfeleistung bei den Reinigungsarbeiten und beim Essenholen auf den Krankenstationen
32 Männer und 32 Frauen zur Hilfe auf den anderen Stationen.

Das sind 219 Personen, eine Zahl, die keineswegs den Bereich des möglichen verläßt, wenn es auch zuweilen schwer sein mag, die nötigen fachlich geschulten Kräfte zu bekommen.

Über die Ergebnisse derartiger Anstaltsarbeit werden vielfach abfällige Urteile abgegeben. Im Berliner Hospital Buch, wo die Arbeitskräfte der Pfleglinge noch durchaus nicht bestmöglichst verwendet werden, sind dennoch durch die Arbeit von Pfleglingen an Stelle von tariflichem Personal, das sonst nötig gewesen wäre, im Jahre 1924 rund 133000 Mark, fast 8% der gesamten Ausgaben, erspart worden (vgl. Tabelle 30). In anderen Anstalten wird der Betrag auf 10% geschätzt.

Tabelle 30. *Arbeit der Pfleglinge.*

Anzahl der arbeitenden Pfleglinge	Art der Beschäftigung	Für arbeitende Pfleglinge wurden vom 1. I. bis 31. XII. 1924 verausgabt Mk.	Anzahl des für die gleiche Arbeitsleistung benötigten Personals	Für tariflich entlohntes Personal hätte verausgabt werden müssen Mk.
35	Gartenarbeiter	743,67	12	1 701,90
60	Näherinnen	1 274,50	30	43 645,50
10	Schneider	326,95	6	12 517,20
10	Schuster	266,09	6	12 517,20
27	Kartoffelschälerinnen . .	640,40	10	11 254,50
16	Treppenreiniger	381,75	4	4 501,80
10	Schreibhilfen	238,50	3	4 341,00
22	Handwerker	677,00	10	20 862,00
5	Leichenträger	82,35	2	3 074,40
92	Hausreinigungsfrauen . .	—	30	33 763,50
195		4 631,21		148 179,00
Dazu Frühstück für 195 Hosp. à 15 Pfg. × 365 = ...		10 676,95		
	Zus.	15 308,16		

mithin sind erspart: Mk. *132 870,84.*

Eine dritte Möglichkeit ist die *Außenarbeit in Betrieben* der Anstalt. Hier steht die Landwirtschaft an erster Stelle. Sie bietet mannigfache Gelegenheiten, jede einzelne Arbeitskraft zu benutzen und ist leicht zu erlernen, so daß vor allem ungelernte Arbeiter in ihr verwendet werden können. Auch Schwachsinnige bewältigen die mechanische Arbeit leicht. Abgesehen von Hamburg, das im größten Stile Regiebetrieb in Gestalt einer Fabrik, Bäckerei und Landwirtschaft betreibt,

aber durch die Verbindung mit dem Arbeitshause anders zu bewerten ist, besitzen verschiedene Anstalten eigene landwirtschaftliche Betriebe, sei es nur einen Wirtschaftsgarten von 1,7200 ha, wie Halle a. S., oder nur eine Viehhaltung, wie Köln und Mainz, Königsberg und Aachen, sei es eine ausgedehnte Anlage, wie das Hannoversche Pflegeheim Köthenwald mit 1000 Morgen oder die Kreispflegeanstalt Hub mit 70 ha Acker- und Wiesenland, einem Rebgut von 2 ha, einer Gärtnerei von 3 ha, einem Viehbestand von 60 Stück Großvieh, 50 Schweinen und 200 Stück Federvieh. Sehr häufig sind ferner eigene Anstaltswäschereien vorhanden, und nicht selten sind Bäckereien angegliedert, wie im Düsseldorfer Pflegehaus, vor allem aber in den Anstalten Eberstadt, Hoym, Hub, Salon, Sinsheim, Wittstock a. D., die schon durch die Lage auf dem flachen Lande genötigt sind, ihren Bedarf in Eigenbetrieben zu decken. Breslau-Herrnprotsch hat außer Bäckerei und Wäscherei noch Tischlerei, Gemüsegärtnerei und Landwirtschaft, die erhebliche Ertragsüberschüsse abwerfen.

Der Ertrag der Arbeit kommt immer der Anstalt zugute. Es stößt auch auf große Bedenken, für die Privatindustrie Aufträge zu übernehmen, da damit anderen Personen Verdienstmöglichkeiten entzogen werden. Nur dann kommt die Übernahme von Lohnarbeit für fremde Rechnung in Betracht, wenn es sich um Erzeugnisse handelt, deren Herstellung an sich gering bezahlt wird und wenig Arbeitnehmer anlockt. In Hub werden für eine Fabrik künstliche Blumen angefertigt, in der Dresdner Heil- und Pflegeanstalt für eine Schiffswerft Taue gezupft, in Hamburg in der Fabrik (die in der als Arbeitshaus dienenden Zweiganstalt untergebracht ist) Tüten geklebt, Säcke genäht, Werg gezupft und Steinnüsse geklopft. Material und Ausführungsanweisung stellen in diesem Falle die Auftraggeber. Von den Löhnen erhalten die Arbeitenden etwa $^1/_4$ als Prämie. Als Anreiz und gleichzeitig als Entgelt für ihre Arbeit werden den Pfleglingen besondere Arbeitsbelohnung ausgesetzt. Die Form, in der sie am zweckmäßigsten gegeben werden, ist umstritten. Abgesehen von Kostzulagen, die schon aus physiologischen Gründen notwendig sind, werden entweder Geld oder Naturalien verabfolgt. Eschle ist ein Gegner der Geldprämie, ein Standpunkt, der für eine abgeschieden auf dem Lande liegende Anstalt auch ihre Berechtigung hat, und spricht sich für Genußmittelzulagen aus. Andere Anstaltsleiter ziehen es jedoch vor, die Arbeitsbelohnung in Geldeswert auszuzahlen und den Pfleglingen zur freien Verwendung zu überlassen. Um die Spanne zwischen dem allgemeinen Taschengeld und den Arbeitsbelohnungen nicht zu groß werden zu lassen, muß die Summe begrenzt werden. Als Arbeitsbelohnung dürfen in Berlin im allgemeinen monatlich mindestens 3 Mark, höchstens aber 8 Mark gezahlt werden.

β) Hausordnung.

Zwischen der Freiheit des Pensionslebens und dem Zwange der gefängnismäßig anmutenden Kasernierung muß ein Mittelweg gefunden werden, auf dem sich das Leben in den Asylen abspielt. Grotjahn sagt hierzu: „Es mag ungemein schwer sein, eine Anzahl Personen ohne blutsverwandtschaftlichen Zusammenhang zu einem familienartigen Zusammenleben zu veranlassen. Dennoch muß versucht werden, die Frage auch ohne die Mittel zu lösen, die den kirchlichen Gemeinschaften zur Verfügung stehen, um einen genossenschaftlichen Geist unter einer beschränkten Anzahl von Personen, die ein gemeinsames Unglück zu tragen haben, zu erzeugen und festzuhalten.“ Aber wenn auch aufs sorgfältigste in jedem Einzelfalle Zwang und Freiheit abgemessen werden muß, so bleibt doch ein gewisser Verzicht auf eigene Gewohnheiten und die Einfügung jedes einzelnen in den gesamten Organismus der Anstalt unerläßlich, wenn anders die Anstalt ihren Zweck erfüllen soll. Diese *Pflichten der Pfleglinge* gegenüber den

Mitkranken, dem Anstaltspersonal und der Allgemeinheit werden durch *Hausordnungen* geregelt.

Hierbei müssen die Ausgehzeiten besonders sorgfältig festgesetzt werden. Es widerspricht dem Zwecke der Unterbringung, wenn sich Pfleglinge tagtäglich für mehrere Stunden außerhalb der Anstalt aufhalten und sich nur zum Essen und Schlafen einfinden. Das mag für ein Altersheim gelten, aber nicht für eine Pflegeanstalt, die die Verantwortung für den Schutz der ihr anvertrauten Personen gegenüber den Gefahren des Lebens in viel höherem Maße tragen muß. Die Beschränkung des Urlaubes auf höchstens drei Nachmittage in der Woche entspricht wohl dem Gesundheitszustand der Pfleglinge noch weitgehend, und auch für die Besuchszeiten ist diese Regelung im Interesse des Anstaltsbetriebes nötig.

Die nachfolgend abgedruckten Hausordnungen für die *Pflegeanstalt Kauschwitz* und das *Alters- und Pflegeheim Halle a. S.* sind Beispiele, auf welche Art diese Fragen im Siechenhaus und in einer gemischten Anstalt gelöst worden sind.

Hausordnung für die Pflegeanstalt Kauschwitz.

§ 1. Jeder Pflegling unterwirft sich durch seinen Eintritt in die Pflegeanstalt Kauschwitz den Bestimmungen der Verwaltungs- und Hausordnung für dieselbe.

§ 2. Die Pfleglinge haben den Anordnungen des Anstaltsarztes, der Oberin und des Pflegepersonals gewissenhaft nachzukommen und den Genannten die gebührende Achtung zu erweisen. Die von diesen gegebenen Verhaltungsmaßregeln haben sie genau zu befolgen.

Die Verwalterin der Anstalt ist mit „Frau Oberin“ anzusprechen.

§ 3. Jeder Pflegling hat sich beim Eintritt in die Anstalt einer Reinigung zu unterziehen, soweit dies für nötig und angängig erachtet wird.

§ 4. Die Pfleglinge haben beim Eintritt in die Anstalt alle mitgebrachten Sachen an die Verwaltung abzugeben. Diese ist berechtigt, unbrauchbare, unsaubere und zerrissene Gegenstände von geringem Werte zu vernichten und alle eingebrachten Gegenstände reinigen und desinfizieren zu lassen, ohne dadurch zum Ersatze des entstandenen Schadens und der entstehenden Wertsminderung verpflichtet zu sein. Dasselbe gilt auch von später eingebrachten Sachen.

Jedem Pflegling wird in der Regel ein Pfleglingsschrank überlassen, in dem er die ihm gehörigen Gegenstände aufbewahren kann. Auch wird ihm, wenn es sein Zustand erlaubt, der Schlüssel zu diesem Schrank behändigt. Für Gegenstände, welche der Pflegling in diesem Schrank unterbringt, haftet die Pflegeanstalt nicht. Sie haftet nur für die Gegenstände, die ihr übergeben und von ihr angenommen worden sind.

Die Pfleglingsschränke werden des öfteren vom Personal auf Ordnung und Reinlichkeit untersucht. Pfleglingen, deren Schränke zu Beanstandungen Anlaß geben, werden sie oder die Schlüssel dazu entzogen. Insbesondere ist die Verwahrung von Speiseresten in den Schränken aufs strengste untersagt.

§ 5. Jeder Pflegling hat das ihm zugewiesene Bett zu benutzen und sich in den Räumen aufzuhalten, die ihm dazu angewiesen sind.

Er hat in der Regel die von der Anstalt gelieferte Wäsche und Kleidung zu tragen.

§ 6. Die Pfleglinge haben sich ruhig und gesittet zu verhalten und irgendwelche störende Geräusche, insbesondere Singen, Pfeifen, Zanken, Türenwerfen und dergleichen zu unterlassen. Dem Pflegepersonal wie den Mitpfleglingen gegenüber sollen sie bescheiden auftreten und letzteren etwa nötige Hilfeleistungen nicht versagen.

Die Pfleglinge sind verpflichtet, sich der ihnen übertragenen Beschäftigung zu unterziehen.

§ 7. Die Anstaltseinrichtungen und alle ihnen zum Gebrauche überlassenen Gegenstände, insbesondere auch Wäsche und Kleidung, haben sie mit möglichster Schonung zu benutzen und sie nicht mutwillig zu beschmutzen, zu beschädigen und zu verunreinigen.

Beim Ausspucken haben sie sich der Spucknäpfe zu bedienen.

Wenn sie in den Garten gehen, haben sie in dem zu ebener Erde gelegenen Schuhraume ihre Hausschuhe abzulegen und die Gartenschuhe anzuziehen. Bei Rückkehr aus dem Garten haben sie das Schuhwerk wieder zu wechseln.

§ 8. Die Pfleglinge haben, soweit es ihr Zustand erlaubt, zu den jeweils festgesetzten Zeiten morgens das Bett zu verlassen und abends wieder aufzusuchen. Mit den Kleidern dürfen sie sich nicht aufs Bett setzen oder legen.

Nach dem Aufstehen haben sie sich zu waschen, den Mund zu reinigen und sich zu kämmen und ihr Lager in Ordnung zu bringen.

§ 9. Zu den Mahlzeiten haben sie sich, soweit sie nicht bettlägerig sind, im Speiseraum einzufinden.

§ 10. Den Pfleglingen ist der Aufenthalt in anderen als den ihnen zugewiesenen oder den zum gemeinschaftlichen Gebrauch bestimmten Räumen untersagt. Baderäume dürfen nur zum Zwecke des Badens betreten werden. Die entsprechenden Bestimmungen gelten auch für die Benutzung der Aborte.

§ 11. Im Garten haben die Pfleglinge die Wege zu benutzen. Das Abbrechen von Zweigen, Blumen und Früchten und das Betreten der Rasenfläche und Beete ist verboten.

§ 12. Den Pfleglingen ist verboten, sich an den Heizungs-, Leitungs- und Beleuchtungseinrichtungen zu vergreifen. Spielen um Geld und Geldeswert ist untersagt.

§ 13. Die Pfleglinge dürfen nur die vom Anstaltsarzte verordneten Speisen, Getränke und Arzneien zu sich nehmen. Irgendwelche Lebens- und Genußmittel dürfen ohne Genehmigung des Anstaltsarztes oder der Oberin von außen für sie nicht eingebracht oder von ihnen gekauft werden.

§ 14. Die von ihnen in die Anstalt eingebrachten Sachen dürfen sie während ihres Aufenthaltes in der Anstalt weder verleihen, verschenken noch sonst veräußern.

§ 15. Das Rauchen in der Pflegeanstalt ist nur in dem zu ebener Erde gelegenen Aufenthaltsraume und nur denjenigen Pfleglingen gestattet, denen es der Arzt erlaubt hat. Wird im Garten geraucht, so ist darauf zu achten, daß kein Brand entsteht.

§ 16. Die Pfleglinge können auf ihren Wunsch, soweit nicht ihr Zusand oder Verhalten zu Bedenken Anlaß gibt, die in der Kapelle zu Kauschwitz abzuhaltenden Gottesdienste besuchen. Wünschen sie sonst den Zuspruch eines Geistlichen oder den Genuß des heiligen Abendmahles, so haben sie sich an die Oberin zu wenden, welche das weitere veranlassen wird.

§ 17. Paketsendungen, die für die Pfleglinge bestimmt sind, werden von der Verwaltung geöffnet. Befinden sich darin Gegenstände, die den Pfleglingen nicht zugebracht werden dürfen, so sind diese zurückzuhalten und je nach Lage des Falles zurückzugeben oder sonst zweckdienlich zu verwerten.

Der Briefwechsel von und mit den Pfleglingen wird von der Oberin überwacht. Briefschaften können von ihr angehalten werden.

§ 18. Besuche der Pfleglinge seitens ihrer Angehörigen und Bekannten sind mit ärztlicher Erlaubnis Sonntags von 10—11 Uhr vormittags und 2—4 Uhr nachmittags gestattet; zu anderen Zeiten werden die Besuche nur ausnahmsweise und in dringenden Fällen zugelassen. Der Aufenthalt bei einem Pflegling ist einem Besuchenden nicht länger als $^1/_2$ Stunde gestattet. Die Verwaltung hat das Recht, zu den Besprechungen zwischen Pflegling und Besucher eine Pflegeperson abzuordnen.

Besucher, welche ohne Wissen der Oberin Gegenstände irgendwelcher Art, insbesondere Speisen, Getränke, Streichhölzer und dergl. mitbringen, oder welche sich während des Aufenthaltes in der Pflegeanstalt nicht ruhig oder anständig betragen oder den Anweisungen des Pflegepersonals nicht nachkommen, werden aus der Anstalt verwiesen und zu weiteren Besuchen nicht mehr zugelassen. Auch kann der Besuch bei Pfleglingen, denen derartige Gegenstände mitgebracht werden sollten oder deren Verhalten in der Anstalt Anlaß zu Tadel gegeben hat, untersagt werden.

§ 19. Urlaub wird den Pfleglingen *nur vom Anstaltsarzte* erteilt. Sie haben daher, da dieser regelmäßig wöchentlich nur einmal erscheint, rechtzeitig darauf anzutragen. Urlaub soll in der Regel nur dann erteilt werden, wenn die Pfleglinge von zuverlässigen Personen abgeholt und in die Anstalt wieder zurückgebracht werden.

§ 20. Pfleglinge und Besucher haben zu beachten, daß das Pflegepersonal Geschenke für seine Dienstleistungen nicht annehmen darf. Zu solchen Zwecken in Aussicht genommene Gaben können in die in der Anstalt angebrachten Sammelbüchsen eingelegt werden.

§ 21. Beschwerden sind, damit sie alsbald erörtert werden können, möglichst sofort bei der Oberin oder dem Anstaltsarzte anzubringen.

§ 22. Wer den Bestimmungen der Hausordnung nicht gehörig nachkommt, sich unanständig gegen den Anstaltsarzt, die Oberin oder das Personal, Mitpfleglinge oder sonst in der Anstalt befindlichen Personen beträgt, oder überhaupt durch sein Verhalten, namentlich durch ungebührliche Äußerungen der Unzufriedenheit die Ruhe und Ordnung des Hauses stört, kann aus der Anstalt ausgewiesen werden. Er kann auch mit einem Verweis, Entziehung der Erlaubnis zur Annahme von Besuch oder Kostschmälerung bestraft werden. Er kann auch so untergebracht und beschränkt werden, daß Störungen durch ihn ausgeschlossen bleiben.

Pfleglinge, welche aus der Anstalt ausgewiesen werden und sich selbst kein Unterkommen beschaffen können, werden der Armen- und Arbeitsanstalt überwiesen.

Hausordnung für das Alters- und Pflegeheim der Stadt Halle.

§ 1. Alle Personen, die in das Alters- und Pflegeheim aufgenommen werden, haben die Hausordnung genau zu beachten und den Anordnungen der Anstaltsverwaltung, des

Arztes und des Pflegepersonals nachzukommen. Unter sich haben die Pfleglinge ein friedfertiges, ruhiges und gesittetes Verhalten zu beobachten. Etwaige Beschwerden sind zunächst beim Anstaltsleiter, und erst wenn dieser ihnen nicht abhilft oder nicht abhelfen kann, bei diesem jeweilig als Pfleger amtierenden Vorstandsmitgliede oder auch unmittelbar bei dem Vorsitzenden des Vorstandes anzubringen.

Beschwerden haben keine aufschiebende Wirkung.

Gesuche sind an den Anstaltsleiter zu richten.

§ 2. Die Pfleglinge verlassen das Bett, soweit es ihr Zustand erlaubt, im Sommer um $6^1/_2$ Uhr, im Winter um 7 Uhr vormittags, worauf sie sich alsbald waschen und ankleiden.

Nach dem ersten Frühstück findet das Aufräumen und Reinigen der Schlaf- und Tagesräume statt, das im Sommer um 9 Uhr, im Winter um $9^3/_4$ Uhr vormittags beendet sein muß.

Jeder hat sich der größten Ordnung und Reinlichkeit zu befleißigen.

§ 3. Einrichtungsgegenstände, Kleider und Wäsche sind schonend zu gebrauchen. Das Reinigen der Kleider und des Schuhwerks ist von den Pfleglingen, soweit sie dazu imstande sind, selbst vorzunehmen und darf nur an den dazu bestimmten Orten, nicht aber in den Schlaf- und Tagesräumen vorgenommen werden.

§ 4. Das Liegen nicht kranker Pfleglinge in oder auf den Betten während der Tageszeit ist nicht gestattet.

§ 5. Das Tabakrauchen innerhalb der Gebäude ist nur in den Tagesräumen und Wandelgängen erlaubt.

§ 6. Aus den Fenstern darf nichts herausgehängt oder geschüttet werden. Das Spucken oder Werfen von Gegenständen jeder Art, insbesondere von Speiseresten, Papier usw., aus den Fenstern und aus den Veranden herab ist verboten.

§ 7. Die Türen sind nach dem Öffnen stets leise wieder einzuklinken, damit Türen und Schlösser nicht beschädigt werden und die Ruhe im Hause nicht gestört wird.

§ 8. In die Abtritte, in die Becken in den Bedürfnisanstalten und die Ausgußbecken dürfen feste Gegenstände, insbesondere Lumpen, Blumen usw. nicht geworfen werden.

§ 9. Das Betreten der Kesselhäuser, der Wasch- und Kochküche, sowie das Aufdrehen und Anzünden der Gasleitungen ist den Pfleglingen untersagt.

Die Wasserleitungen sind nach dem Gebrauch wieder gut zu schließen, unnötiger Wasserverbrauch ist zu vermeiden. Das gleiche gilt für den Lichtverbrauch. Nach 9 Uhr abends darf in den Schlafräumen kein Licht mehr brennen.

§ 10. Niemand darf alkoholische Getränke, im besonderen Branntwein, in das Heim mitbringen oder sich heimlich von außen bringen lassen oder Lebensmittel und sonstige dem Heim gehörige Sachen fortschaffen.

§ 11. Die Pfleglinge sind verpflichtet, nach ihren Kräften der Anstalt Dienste zu leisten. Insbesondere wird von ihnen erwartet, daß sie bei der Pflege ihrer der besonderen Abwartung bedürftigen Mitpfleglinge helfen.

§ 12. Die Teilnahme an den im Heim abgehaltenen Gottesdiensten bleibt der freien Entschließung der Pfleglinge überlassen.

§ 13. Die Pfleglinge dürfen in der Woche dreimal — Sonntags, Dienstags und Donnerstags — von $12^1/_2$ bis 6 Uhr ausgehen.

Zu öfteren oder längeren Ausgängen, sowie Urlaub ist besonderer Antrag beim Anstaltsleiter zu stellen.

Niemand darf den Urlaub überschreiten oder betrunken vom Ausgange zurückkehren.

Wer zu den regelmäßigen Mahlzeiten nicht anwesend ist und dem zuständigen Pflegepersonal sein Fernbleiben nicht rechtzeitig mitgeteilt hat, hat keinen Anspruch auf das Essen.

Das Betteln ist aufs strengste untersagt.

§ 14. Das Heim darf nur in sauberem und vollständigem Anzuge, nicht aber in Hauskleidern verlassen werden.

§ 15. Sonntags und Donnerstags nachmittags von 2—5 Uhr ist es den Pfleglingen gestattet, ohne besondere Erlaubnis Besuche anzunehmen, zu anderen Zeiten nur ausnahmsweise mit Erlaubnis des Anstaltsleiters.

Aus triftigen Gründen kann vom Anstaltsleiter unter Zustimmung des Vorsitzenden des Vorstandes oder des Arztes bestimmten Personen der Besuch untersagt werden.

§ 16. Wer der Hausordnung zuwider handelt, kann nach vorheriger Verwarnung aus dem Heim entfernt werden, wenn ärztliche Bedenken dem nicht entgegenstehen.

Kann die Entlassung nicht erfolgen, so können folgende Strafen verhängt werden:

1. Verweis durch die Verwaltung;
2. Entziehung der Ausgangserlaubnis auf eine bestimmte Zeit.

§ 17. Die Pfleglinge haben bei der Aufnahme die Erklärung abzugeben, daß sie die Hausordnung als für sich verbindlich anerkennen.

f) Verwaltung.

In der Art, wie vielfach die Verwaltung der Siechenhäuser geordnet ist, läßt sich die Vergangenheit der Anstalten noch deutlich erkennen. Manche Städte haben das früher vorhandene Übergewicht der Kirche durch eigene Beteiligung an der Verwaltung frühzeitig zurückgedrängt. Im Frankfurter Heiliggeisthospital soll im Jahre 1278 eine aus städtischen und kirchlichen Vertretern gemischte Verwaltung vorhanden gewesen sein; noch weiter ging der Rat der Stadt Rostock, der für das dortige Heiliggeisthospital im Jahre 1284 eine Instruktion erließ, nach der die Priester in der Verwaltung nichts zu tun haben sollten. Bei den heutigen Anstalten zeigt die Zusammensetzung der Leitung alle Stufen der Entwicklung.

Besonders im Westen Deutschlands, mit seinem starken Einschlag konfessioneller Wohlfahrtspflege, sind Ordensschwestern für die Verwaltung verantwortlich, so in Aachen, Bonn, Düsseldorf, aber auch sonst, wie in der anhaltinischen Landessiechenanstalt Hoym. In vielen anderen Anstalten ist die Führung der Geschäfte Verwaltungsbeamten übertragen worden. Es unterliegt keinem Zweifel, daß von diesen Kräften Mustergültiges geleistet worden ist. Aber in der letzten Phase der Entwicklung haben sich auf dem Gebiete des Asylwesens klinische und sozialhygienische Fragen so sehr in den Vordergrund geschoben, daß man für den Arzt nicht nur Zuziehung als Gutachter, sondern entscheidenden Einfluß als Mitglied der Verwaltung verlangen muß. Sehr deutlich strebt man in neuester Zeit dahin, die Siechenhäuser als Anstalten für Kranke dem Arzte zu unterstellen oder ihm mindestens Einfluß auf die Leitung einzuräumen. In kleineren Anstalten genügt es allerdings, wenn die Geschäfte von einem Verwaltungsbeamten allein geführt werden und der Arzt außer an rein ärztlichen Dingen nur noch an der Repräsentation beteiligt wird. In Anstalten mittlerer Größe gebührt dem Arzte die selbständige Leitung, sofern er hauptamtlich tätig ist. So stehen an der Spitze der Anstalten in Dresden, Eberstadt, Hub, Sinsheim, Plauen, Wittstock Ärzte. In den Riesenbetrieben mit mehr als 1000 Betten wird jedoch wegen der Fülle der Spezialaufgaben der ärztliche und wirtschaftliche Teil in verschiedene Hände gelegt und eine gemeinsame Leitung aus Ärzten und Verwaltungsbeamten gebildet werden müssen. Diese Doppelbesetzung der Leitung birgt naturgemäß die Möglichkeit von Reibungen, obwohl die beiderseitigen Arbeitsbegiete groß genug sind, um sie vermeidbar zu machen. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, die einzelnen Aufgabenkreise näher zu umschreiben und es dem Takte der leitenden Stellen zu überlassen, dann noch auftauchende Streitfragen sachlich zu erledigen. *Die in Berlin im Jahre 1922 für die Leitung der großen Hospitäler erlassenen Richtlinien* haben den folgenden Wortlaut:

§ 1. Das Hospital wird von den leitenden Ärzten (dem leitenden Arzt) und dem leitenden Verwaltungsbeamten geleitet.

Jeder leitende Arzt bestimmt für den Fall einer Behinderung seinen Vertreter in der Leitung; der leitende Verwaltungsbeamte wird durch den für ihn bestellten Verwaltungsbeamten der Anstalt vertreten. Die Leitung ist die vorgesetzte Dienststelle für sämtliche Beamte und Angestellte des Hospitals. Die leitenden Ärzte der einzelnen Abteilungen und der leitende Verwaltungsbeamte sowie der Apotheker sind außerdem direkte Vorgesetzte des Personals ihrer Abteilung.

§ 2. Die Deputation für das Gesundheitswesen (der Ausschuß für die Hospitäler) ist die vorgesetzte Dienststelle der Anstaltsleitung.

§ 3. Sämtliche an die Krankenstationen gerichteten Schreiben sind zunächst dem leitenden Verwaltungsbeamten vorzulegen. Die reinen Verwaltungsangelegenheiten sind von dem leitenden Verwaltungsbeamten zu erledigen, die rein ärztlichen Angelegenheiten sind dem zuständigen Arzt zur Bearbeitung vorzulegen, gemeinsame Angelegenheiten sind von der Leitung zu bearbeiten.

Von allen wichtigen Angelegenheiten der Verwaltung hat der leitende Verwaltungsbeamte die leitenden Ärzte zu unterrichten.

§ 4. Der Dienstverkehr der Beamten und Angestellten mit dem Magistrat, anderen Behörden und Privaten, geht durch die Anstaltsleitung. Ausgenommen sind kürzere rein ärztliche Auskünfte, die durch den zuständigen leitenden Arzt erledigt werden. Auch diese Schriftstücke müssen durch die Registratur gehen.

§ 5. Die Annahme und Entlassung des nach dem Tarifvertrage zu entlohnenden Dienst- und Wartepersonals liegt dem leitenden Verwaltungsbeamten ob. Die Annahme, Versetzung und Entlassung des Wartepersonals erfolgt im Einverständnis mit dem ärztlichen Leiter. Für das Pflegepersonal, soweit es nicht unter den Tarifvertrag fällt, gelten die erlassenen besonderen Bestimmungen.

§ 6. Mindestens allmonatlich findet unter dem Vorsitz des dienstältesten ärztlichen Mitgliedes der Anstaltsleitung eine Besprechung über die das Hospital betreffenden Angelegenheiten statt. Bei Behinderung des ärztlichen Mitgliedes geht der Vorsitz auf das dienstälteste Mitglied der Anstaltsleitung über. An den Sitzungen haben die leitenden Ärzte, der leitende Verwaltungsbeamte, der zuständige Apotheker teilzunehmen. Über die Sitzung ist ein Protokoll zu führen und spätestens bei der nächsten Sitzung zur Vollziehung vorzulegen. Die Protokolle sind zu sammeln.

§ 7. Die leitenden Ärzte sind verpflichtet, alle diejenigen Insassen des Hospitals, die sich zur Verrichtung von Arbeit melden, auf ihre gesundheitliche Eignung hierzu zu prüfen. Die Festsetzung der Entschädigung für die Arbeit erfolgt durch den leitenden Verwaltungsbeamten nach Maßgabe der hierfür erlassenen Bestimmungen.

Die Verleihung von Freistellen und die Bewilligung von sonstigen Zuwendungen aus Stiftungen erfolgt auf Vorschlag der Anstaltsleitung nach Maßgabe der Stiftungsbedingungen durch den Ausschuß für Hospitäler bzw. durch das zuständige Bezirksamt.

§ 8. Die Anstaltsleitung ist für die Einhaltung des Haushaltsplanes verantwortlich. Für die innerhalb des Haushaltplanes erforderlichen Anschaffungen von Apparaten, die den Betrag von 2000 Mark überschreiten, ist die Genehmigung der Deputation für das Gesundheitswesen (Ausschuß für Hospitäler) einzuholen.

Sämtliche in den Anstalten erforderlichen Arbeiten und Instandsetzungen sind nach Möglichkeit durch Anstaltspersonal auszuführen.

§ 9. Untersuchungen und Begutachtungen des Anstaltspersonals werden, auch wenn ein schriftlicher Auftrag des Magistrats oder eines Bezirksamtes nicht vorliegt, von den leitenden Ärzten der Anstalt oder deren Stellvertreter, die in diesem Falle als Vertrauensärzte fungieren, unentgeltlich ausgeführt.

§ 10. Abänderungen und Ergänzungen dieser Richtlinien bleiben vorbehalten.

Als Muster einer Verwaltungsordnung für kleinere Anstalten mit einer geringeren Zahl Schwerkranker, die allein einem Verwaltungsbeamten unterstehen, sei die seit 1921 geltende *Verwaltungsordnung für das Kölner Invalidenhaus* angeführt.

Dienstanweisung für den Verwalter des Invalidenhauses in Köln.

§ 1. *Allgemeine Dienstobliegenheiten.*

Für den Verwalter gelten im allgemeinen die Bestimmungen der Dienstanweisung für die Beamten und die Bureaus der städtischen Verwaltung. Es wird ihm besonders zur Pflicht gemacht, seine ganze Zeit und Kraft dem Invalidenhaus zu widmen, für dessen ordnungsmäßige Verwaltung er verantwortlich ist.

Beim Verlassen der Anstalt bzw. seiner Dienstwohnung muß der Verwalter hinterlassen, wo er im Bedarfsfalle anzutreffen ist.

Dem Vorsitzenden des Pflegschaftsrates hat er über alle wichtigen Vorkommnisse in der inneren Verwaltung Mitteilung zu machen. Bei allen Angelegenheiten der Wirtschaftsführung, in denen die Tätigkeit der Ordensschwestern berührt wird, hat er sich mit der Oberin in Verbindung zu setzen. Ihm obliegt insbesondere unter Mitwirkung der Schwester Oberin die Beschaffung der Nahrungsmittel und der Bekleidung für die Anstaltsinsassen.

§ 2. *Beaufsichtigung der Insassen.*

Der Verwalter führt die Aufsicht über die Anstaltspfleglinge. Er hat diesen gegenüber bestimmt, aber höflich aufzutreten, insbesondere Rücksicht auf ihren geistigen oder körperlichen Zustand zu nehmen. Soweit ihr Gesundheitszustand es gestattet, werden sie vom Verwalter mit angemessenen Arbeiten beschäftigt.

Für die Beobachtung der Hausordnung seitens der Insassen hat der Verwalter zu sorgen. Falls Verstöße gegen die Hausordnung durch einen Pflegling mit Entziehung der Erlaubnis zum Ausgehen geahndet werden sollen, hat der Verwalter sich zunächst mit dem Pflegschaftsrat ins Benehmen zu setzen. Bei grober Ausschreitung, Trunkenheit und dergl. hat er die zur Wahrung des Hausrechts erforderlichen Maßnahmen, wenn nötig sofort, anzuordnen. Entlassungen aus der Anstalt bedürfen in solchen Fällen stets der Genehmigung der Armenverwaltung.

§ 3. *Kassen- und Rechnungswesen.*

Der Verwalter hat die Kassen- und Rechnungsgeschäfte nach den Bestimmungen über die Verwaltungsbuchführung in den Armen- und Krankenanstalten der Stadt Köln zu führen. Ferner liegt ihm ob:

a) die Aufstellung der Lohnlisten für das Anstaltspersonal;

b) die Aufstellung des Haushaltsplanes;

c) die Prüfung und Anweisung aller Rechnungen für die Anstalt über ausgeführte Lieferungen und Arbeiten.

Der Verwalter hat darauf zu achten, daß die Ausgaben sich möglichst in den Grenzen der etatsmäßigen Kredite halten. Ist eine Etatsüberschreitung unvermeidlich, so hat er rechtzeitig die Bewilligung des erforderlichen Nachkredits herbeizuführen.

§ 4. *Bauliche Aufsicht.*

Der Verwalter hat den baulichen Zustand der Anstaltsgebäude dauernd zu überwachen und notwendige Reparaturen rechtzeitig zu veranlassen. Kleinere Instandsetzungsarbeiten bis zu einem Kostenbetrag von 100 Mark unterstehen seiner Anordnung; über größere Arbeiten hat er dem Pflegschaftsrat zum Bericht an die Armendeputation vorher Mitteilung zu machen.

Der Verwalter hat dafür zu sorgen, daß sich die vorhandenen Feuerlöschgeräte stets in brauchbarem zweckentsprechendem Zustande befinden. Er hat auch über die Befolgung der Anordnungen zu wachen, welche der Direktor der Berufsfeuerwehr erläßt.

Die Gartenanlagen sind mit besonderer Sorgfalt zu pflegen. Die Instandhaltung der Gartenanlagen ist möglichst durch Anstaltspfleglinge zu bewirken. Neuanlagen dürfen nur im Einvernehmen mit dem städtischen Gartendirektor erfolgen.

Der Verwalter hat den leitenden Ingenieur des Maschinenbauamtes in der Aufsicht über die maschinellen Einrichtungen zu unterstützen. Kleinere Reparaturen an diesen Einrichtungen sind durch den Maschinisten zu besorgen; im übrigen ist das Maschinenbauamt rechtzeitig zu benachrichtigen, wenn Störungen eintreten oder zu erwarten sind.

§ 5. *Einrichtungsgegenstände und Hausrat.*

Die Beaufsichtigung des Anstaltsinventars bildet einen wichtigen Dienstzweig des Verwalters. Er hat namentlich darüber zu wachen, daß alle Inventarien bestimmungsgemäß verwandt, sicher aufbewahrt und in brauchbarem Zustande erhalten werden; Schäden an Möbeln, Geräten, Betten und Bekleidungsgegenständen sind sofort auszubessern, unbrauchbare Stücke zu ersetzen.

Die Aussonderung, anderweitige Verwendung und Verwertung von Gegenständen erfolgt im Einverständnis mit der Oberin. In der zweiten Hälfte des Monats April hat alljährlich eine Vergleichung des Istbestandes der sämtlichen Vorräte, Gebrauchs- und Einrichtungsgegenstände mit den darüber geführten Büchern stattzufinden und ist hierüber durch den Pflegschaftsrat der Armendeputation Bericht zu erstatten.

§ 6. *Betrieb der Handwerksstätten der Anstalt.*

Die Handwerksstätten der Anstalt unterstehen der Leitung und Aufsicht des Verwalters. Er hat die ordnungsgemäß Ausführung der erteilten Aufträge, sowie die Innehaltung der Arbeitszeit zu überwachen. Außerdem muß er darauf achten, daß die Handwerker über die empfangenen und verbrauchten Werkstoffe sowie über die ausgeführten Arbeiten in dem vorgeschriebenen Verarbeitungsbuch genauen Nachweis führen.

§ 7. Die jederzeitige Ergänzung und Abänderung der gegenwärtigen Dienstanweisung bleibt vorbehalten.

Mit diesen Verteilungen der Verantwortlichkeiten ist jedoch noch nicht alles getan. Die Stellung des Krankenpflegepersonals innerhalb der Angestelltenschaft muß gleichfalls festgelegt werden, um die einwandfreie Durchführung der Arbeit zu gewährleisten und in disziplinärer Hinsicht keine Schwierigkeiten zu haben. Falls leitende Schwestern und Oberschwestern vorhanden sind, müssen sie die volle Selbständigkeit und auch die Verantwortung für das gesamte Gebiet der eigentlichen Krankenpflege haben, auf der anderen Seite muß der Verwaltungsbeamte genau wissen, wieweit seine Befugnisse gehen, und schließlich bleiben noch Fragen, die nur gemeinsam von beiden Teilen zweckmäßig gelöst werden können.

In die Bestimmungen über den Wirkungskreis der Hausoberin in der *Servatiuspfründe in Augsburg* sind die einzelnen Aufgaben mit besonderer Genauigkeit hineingearbeitet, und auch die Stellung zum Arzte ist besonders geregelt.

Wirkungskreis der Hausoberin in der Servatiuspfründe, Augsburg.

1. *Verhältnis zu Arzt und Verwalter.* Die dienstlichen Beziehungen der Oberin zu dem Hausarzte und dem Verwalter regeln sich nach Maßgabe des Wirkungskreises in bezug auf Krankenpflege, Beköstigung, Hauswirtschaft und Hauspolizei.

Der Hausarzt ist als ärztlicher Leiter der Pfründe vom Stadtrat bestellter Vorgesetzter der Oberin in bezug auf Krankenpflege und die Verpflegung der Pfründner.

Der Verwalter ist der für den Stadtrat verantwortliche Leiter in bezug auf die Ökonomieverwaltung und die Hauspolizei.

Die Hausoberin hat demgemäß in erster Linie sich in allen einschlägigen Fragen mit dem Hausarzt bzw. Verwalter zu benehmen und die Angelegenheiten der Anstalt zu besprechen.

2. *Zusammenarbeit.* Ihre Wahrnehmungen, Wünsche und Anträge in bezug auf die ärztliche Pflegebehandlung der Pfründner hat die Oberin mit dem Hausarzte, alle Fragen über Personal, Hauswirtschaft und Hauspolizei mit dem Verwalter zu besprechen.

Gemeinsame, die ärztliche Leitung und die Verwaltung berührende Angelegenheiten (z. B. Kostenordnung) sind in gegenseitigem Benehmen zu regeln. Dabei wird ein gegenseitiges dienstfreundliches Entgegenkommen zur Pflicht gemacht.

Grundsätzliche Beanstandungen in bezug auf die Pflegeschwestern werden Verwalter wie Hausarzt in erster Linie bei der Oberin anbringen.

3. *Vorgesetzten-Eigenschaft.* Die Hausoberin ist die unmittelbare Vorgesetzte des gesamten Schwesternpersonals und des durch sie eingestellten Hauspersonals.

Ihr obliegt auch die Aufsicht über das durch den Stadtrat angestellte Personal. Soweit es die Bestimmungen über die Dienstpflichten desselben vorsehen, hat sie auch diesen gegenüber Anordnungsbefugnisse.

4. *Schwestern.* Die Oberin hat den Tag- und Nachtdienst der Schwestern zu regeln und dafür zu sorgen, daß die Schwestern die in ihrem gesundheitlichen Interesse notwendige Erholung erhalten.

5. *Hausangestellte.* Zur ordnungsmäßigen Aufrechterhaltung des gesamten Betriebes wird die benötigte Anzahl von Dienstmägden zugestanden, welche von der Oberin unter Mitteilung an die Verwaltung eingestellt und entlassen werden können.

Etwa nötige männliche Hausangestellte werden unter Benehmen mit der Oberin von der Verwaltung eingestellt und entlassen.

Die Oberin hat dafür zu sorgen, daß die Dienstzeit und die freie Zeit der Hausangestellten ordnungsgemäß eingehalten und die Arbeitszeit voll ausgenützt wird.

Sie kann ihre Anordnungen an die Hausangestellten auch durch die von ihr beauftragten Schwestern erteilen.

Beschwerden gegen einzelne Schwestern von seiten der Dienstboten sind bei der Oberin vorzubringen.

Fühlt sich der Dienstbote durch den Bescheid der Oberin nicht zufriedengestellt, so wird er von der Oberin in die Verwaltung gewiesen. Die freie Zeit der männlichen Hausangestellten richtet sich nach dem Dienstplan. Die Genehmigung zum Fernbleiben außer dem Hause über die durch die Hausordnung festgesetzte Freizeit an die eingestellten Hilfskräfte erteilt die Oberin unter Verständigung des Verwalters.

6. *Wechsel.* Über einen Wechsel im Personalstand der Schwestern und der von ihr eingestellten Hausangestellten hat die Oberin Mitteilung an die Verwaltung zu machen.

7. *Wärter.* Krankenwärter werden, soweit solche nötig sind, auf Vorschlag der Verwaltung nach Anhörung des Hausarztes und nach Benehmen mit der Oberin durch den Stadtrat eingestellt und entlassen. Im Rahmen der Dienstanweisung derselben hat die Oberin über sie Aufsichts- und Anordnungsbefugnisse.

Soweit es der Dienst der Krankenwärter zuläßt, können dieselben auch zu hauswirtschaftlichen Arbeiten, insbesondere als Beihilfe beim Stöbern, herangezogen werden.

Die Wärter haben, soweit sie im Hause wohnen, die Erlaubnis zu längerer Freizeit unter Anzeige an die Oberin vom Verwalter einzuholen. Dieser wird die Erlaubnis nur geben, wenn die Hausoberin dienstliche Versagungsgründe nicht geltend macht.

8. *Mitarbeit der Pfründner.* Nach Anordnung des Verwalters helfen die Pfründner und Pfleglinge den Schwestern in der Besorgung ihrer Arbeiten, soweit der Hausarzt dies im einzelnen Falle für zulässig und passend erklärt.

Dabei sind die arbeitsfähigen Pfründepersonen bei den Arbeiten, welche diesen satzungsgemäß übertragen werden dürfen, anzuleiten und entsprechend zu überwachen.

9. *Protestantische Hilfskraft.* Die von der Stiftung bei Bedarf einzustellenden protestantischen Pflegerinnen (oder sonstigen Hilfskräfte) unterstehen in ihrer dienstlichen Verwendung ebenfalls der Oberin. Dieser Pflegerin ist außerdem die Sorge für die religiösen Bedürfnisse der protestantischen Pflegebefohlenen anvertraut.

10. *Ärztliche Anweisungen und Verwaltungsmaßnahmen.* Die Hausoberin sorgt dafür, daß die Bestimmungen der Hausordnung, der Kostenordnung und alle ärztlichen Anweisungen

durch die Schwestern, Dienstboten und Wärter genauestens vollzogen werden und unterstützt die Verwaltung in Beachtung der Hausordnung seitens der Pfründepersonen.

11. *Beschlüsse.* Die Hausoberin hat das Recht, daß sie von allen den Pflegedienst und die Wirtschaftsführung betreffenden Stadtratsbeschlüssen durch die Verwaltung Kenntnis erhält.

12. *Inventar.* Die Oberin ist verantwortlich für die Aufbewahrung des Inventars, des Mobilars und die Erhaltung desselben, mit Ausnahme des aus dem Nachlaß eines Pfründners stammenden Mobilars, das sich in Verwahrung der Verwaltung befindet.

Über alle von den Pfründnern in die Anstalt eingebrachten Gegenstände wird vom Verwalter ein Verzeichnis aufgenommen, das vom Pflegebefohlenen oder dessen Rechtsvertreter sowie dem Verwalter und der Oberin zu unterzeichnen ist.

Bei den von Verstorbenen hinterlassenen Effekten ist in gleicher Weise zu verfahren.

Alle Zu- und Abgänge sind der Verwaltung mitzuteilen. Die Abschreibung der verbrauchten Gegenstände findet in gegenseitigem Benehmen zwischen der Hausoberin und dem Verwalter statt.

Von Zeit zu Zeit findet eine Nachprüfung des Inventars durch den Verwalter statt. Er kann einen Teil oder das ganze Inventar stürzen, letzteres muß alle Jahre geschehen.

13. *Bestellwesen.* Alle Ersatz- und Neuanschaffungen, Anträge auf Reparaturen usw. sind bei der Verwaltung auf Bedarfsanmeldungen zu beantragen. Die Bestellungen haben durch die Verwaltung im Benehmen mit der Oberin stattzufinden.

Der Hausoberin steht das Recht zu, kleinere Lebensmitteleinkäufe (Markteinkäufe) selbst zu machen. Zu diesem Zwecke erhält sie einen Vorschuß. Über diese Einkäufe hat sie monatlich mit der Verwaltung abzurechnen.

14. *Reinigung und Ausbesserung der Wäsche.* Die Hausoberin hat dafür zu sorgen, daß die Reinigung der Wäsche und das Ausbessern derselben regelmäßig erfolgt. Hierzu gehört auch die Reinigung und Ausbesserung der Kirchenwäsche.

Die Sorge für die gottesdienstlichen Vorbereitungen in der protestantischen Kapelle wird einer geeigneten Persönlichkeit des Hauses übertragen. Über die Instandhaltung der Kapelle selbst hat gleichfalls die Oberin zu wachen.

15. *Verantwortlichkeit.* Die Oberin ist gegenüber dem Stadtrat und der von diesem bestellten Verwaltung für die gesamte Tätigkeit des ihr unterstellten Personals in erster Linie verantwortlich.

Als letztes bleibt, den Aufgabenkreis des Pflegepersonals zu bestimmen, soweit sich derartige Aufgaben überhaupt in papiernen Vorschriften niederlegen lassen. Als Beispiel gelte die seit dem 3. I. 1925 in Kraft befindliche *Dienstanweisung für das Pflegepersonal des städtischen Alterspflegeheimes in Elberfeld.*

§ 1. Die Pflegepersonen des Alterspflegeheims sind dem Vorsitzenden des Wohlfahrtsausschusses, dem Anstaltsarzt und der Oberschwester unterstellt.

Innerhalb des Geschäftsbereiches des Vorstehers haben sie sich nach dessen Anweisungen zu richten.

§ 2. Den Pflegepersonen liegt die Pflege und Wartung der Anstaltsinsassen ob, sowie die Erhaltung der häuslichen Ordnung und Reinlichkeit.

Es wird verlangt, daß sie diese Pflichten mit Ruhe und Würde, mit Unverdrossenheit, Rechtschaffenheit, Nüchternheit und Fleiß erfüllen und sich angemessener Behandlung der Pfleglinge befleißigen. Konfessioneller und politischer Beeinflussung haben sie sich unbedingt zu enthalten. Sie haben dafür zu sorgen, daß in den Schlaf- und Tagesräumen Ordnung und Ruhe herrscht und daß die Bestimmungen der Hausordnung befolgt werden. Zuwiderhandlungen sind der Oberschwester anzuzeigen. Die Annahme von Geschenken ist ihnen verboten.

§ 3. Bei der Fürsorge für die Pfleglinge haben sie die nachfolgenden Bestimmungen zu beachten und für deren Befolgung zu sorgen.

a) Neu aufgenommene Pfleglinge werden gebadet und gründlich gereinigt, wobei besonders auf Beseitigung des Ungeziefers zu achten ist. Geld und Wertgegenstände können die Pfleglinge gegen Quittung im Bureau abliefern.

b) Die Pfleglinge sollen morgens zur festgesetzten Stunde das Bett verlassen, sich gründlich waschen, kämmen usw. und später selbst wieder ordnen. Soweit sie dazu nicht in der Lage sind, hat das Pflegepersonal ihnen behilflich zu sein bzw. die Arbeit zu leisten.

c) Die Mahlzeiten werden zu bestimmten Stunden verabreicht. Pfleglingen, welche die Speisen nicht selbst zum Munde führen können, ist die nötige Hilfe zu leisten. Speisereste sind in den dazu bestimmten Eimern zu sammeln und täglich der Aufbewahrungsstelle für Küchenabfälle zuzuführen.

d) Abends ist für rechtzeitige Entkleidung der Pfleglinge zu sorgen, damit sie zur vorgeschriebenen Zeit ihr Bett aufsuchen.

c) Die Leibwäsche der Pfleglinge ist in der Regel wöchentlich, Bettwäsche und Kleidung dagegen nach Bedarf zu wechseln; es ist darauf zu achten, daß sich die Pfleglinge rein halten.

f) Die Lüftung der Schlaf- und Wohnräume ist Sache des Pflegepersonals, welches dabei mit möglichster Schonung der Pfleglinge zu verfahren hat.

g) In allen Schlaf- und Wohnräumen der Pfleglinge ist spätestens 9 Uhr abends das Licht zu löschen, nur in Krankheitsfällen darf der betreffende Schlafraum entsprechend beleuchtet werden.

h) Die Pfleglinge sind zur Ausführung der ihnen mit Genehmigung des Anstaltsarztes überwiesenen Haus- und Gartenarbeit usw. anzuhalten.

i) Es ist darauf zu achten, daß an den Besuchstagen den Pfleglingen nicht schädliche Nahrungsmittel oder Getränke zugeführt werden und daß die Besuchszeit nicht überschritten wird.

Der Kranken hat sich das Pflegepersonal ganz besonders anzunehmen. Wünsche um den Besuch eines Geistlichen sind sofort der Oberschwester oder dem Vorsteher weiterzugeben, bei herannahendem Ende ist die Oberschwester und auf Wunsch auch der Vorsteher herbeizurufen.

§ 4. Das auf den Stationen befindliche Inventar ist der Obhut des Pflegepersonals anvertraut; es wird verlangt, daß dieses selbst vorsichtig damit umgeht und es vor Beschädigungen hütet. Es hat dafür zu sorgen, daß auch die Pfleglinge nicht das Eigentum der Anstalt, insbesondere die ihnen zur Benutzung übergebenen Kleidungs- und Wäschestücke usw. beschädigen oder gar verderben und ist verpflichtet, jeden einzelnen Fall von Beschädigung der Oberschwester zu melden.

Das Pflegepersonal hat darauf zu achten, daß die Wasserleitungshähne nur dann geöffnet werden, wenn dies nötig ist und daß sie nach Gebrauch sofort geschlossen werden. Es ist streng verboten, Lappen, Kehricht oder andere Dinge, die eine Verstopfung der Rohrleitungen herbeiführen können, in die Abfallröhre oder in die Aborte zu werfen.

Jede Störung in der Licht- oder Wasserleitung sowie auch jede sonstige Beschädigung ist im Bureau zu melden.

Die Bedienung der elektrischen Ausschalter erfolgt ausschließlich durch das Pflegepersonal.

§ 5. Den Pflegern ist das Rauchen während der Dienststunden in den eigenen Zimmern strengstens untersagt.

§ 6. Der Wochenurlaub des Pflegepersonals wird von der Oberschwester geregelt.

An Sonntagen wird in der Regel vormittags die eine Hälfte und nachmittags die andere Hälfte beurlaubt werden, außerdem ein jeder an einem Wochennachmittag. Der Urlaub kann und muß indessen versagt werden, wenn der Anstaltsdienst dies erfordert.

Den Dienst des Beurlaubten haben die anderen mit zu versehen.

Für die Regelung des Sommerurlaubs gelten die darüber erlassenen besonderen Bestimmungen.

Die obere Verwaltung liegt in den Händen von Ausschüssen, Verwaltungsräten oder Deputationen, die meist gemischt aus Vertretern der Behörden, Bürgerschaft und Anstaltsleitungen zusammengesetzt sind. Die veränderte Zweckbestimmung der Siechenhäuser ist in einigen Gemeinden mit besonderen Fachverwaltungen für die Aufgaben der öffentlichen Fürsorge auch dadurch zum Ausdruck gekommen, daß diese Anstalten der Gesundheitsverwaltung unterstellt worden sind. Dieser engere Zusammenhang mit den Einrichtungen der gesundheitlichen Fürsorge ist in Aachen, Berlin, Breslau, Dresden, Frankfurt a. M., München-Gladbach, Plauen bereits hergestellt, während in der Mehrzahl der Städte die übergeordnete Verwaltungsstelle das Wohlfahrts- oder Fürsorgeamt ist. Für Großstädte, die Anstalten mit vorwiegendem Siechenhauscharakter besitzen, ist die verwaltungsmäßige Bearbeitung der Siechenhausangelegenheiten in der Gesundheitsverwaltung unbedingt im Interesse der Durchführung einer einheitlichen Anstaltspolitik, insbesondere der Unterstützung des Krankenhauswesens, zu verlangen. Gerade die Tatsache, daß sich die Anstalten für Kranke in verschiedenen Händen befinden und nebeneinander nach besonderen Bestimmungen arbeiten, erschwert ihre rationelle Ausnutzung. Wenn auch die größte Mehrzahl der Insassen auf öffentliche Kosten verpflegt wird, ist für den Träger der Anstalt nicht so sehr die Tatsache, daß der Pflegling rechtlich fürsorgebedürftig ist, Anlaß des öffentlichen Interesses, sondern seine Fürsorgebedürftigkeit vom Stand-

punkte der Sozialhygiene. Zweifellos decken sich bei den chronisch Kranken und Altersgebrechlichen diese Begriffe meist; die Ursache ihrer Verarmung liegt ja in der Erkrankung, die es ihnen unmöglich macht, sich lange Zeit aus eigenen Mitteln zu erhalten. Aber bei den chronisch verlaufenden Tuberkulosefällen, die als Bacillenstreuer eine Gefahr für ihre Umgebung bilden, bei Psychopathen, Imbezillen und bei gewohnheitsmäßigen Trinkern kann ein besonderes Interesse der dauernden Unterbringung in Heimen bereits zu einem Zeitpunkt vorliegen, an dem die betreffenden Personen noch keinen Rechtsanspruch auf öffentliche Unterstützung haben. Ihre Herausnahme aus der Gesellschaft ist aber teils aus Gründen der Vorbeugung gegen Erkrankung für die gesunde Umgebung, teils zur wirtschaftlichen Sanierung der Familie, teils zur Ausschaltung der Individuen von der Fortpflanzung, also aus gesundheitspolitischen Gründen, notwendig. Auch bei einer Reihe chronischer Erkrankungen des Nervensystems, denen eine beschränkte Arbeitsfähigkeit verblieben ist, kann die Aufnahme in ein Siechenhaus schon vor dem Zeitpunkte der Hilfsbedürftigkeit im strengen Sinne angebracht sein, wenn die verbliebenen Kräfte innerhalb einer Anstalt zum Nutzen des Betriebes verwandt werden können.

g) Aufnahmeverfahren und Aufnahmebedingungen.

Deshalb muß das Aufnahmeverfahren in Siechenhäusern in eine diesen Gesichtspunkten entsprechende Form gebracht werden. Im Mittelalter begnügte man sich damit, wie wir aus einem Ratsprotokolle aus Ulm vom Jahre 1502 wissen, durch einen Bettelknecht und einen Spitalknecht den Aufzunehmenden untersuchen zu lassen, um den Grad der Bedürftigkeit, die Art der Krankheit, Herkommen und Lebensweise festzustellen. Das Ergebnis mußte dem Rat vorgelegt werden. Heute findet die Prüfung nach 2 Richtungen hin statt. Die *wirtschaftliche Lage* des Antragstellers wird bei allen Pfleglingen, die auf öffentliche Kosten untergebracht werden sollen, durch die Bezirksfürsorgestellen und ihre Unterorgane, insbesondere die Wohlfahrtskommissionen, beurteilt. Diese Prüfung, die noch im Banne der Anschauungen der Armenpflege steht, kann den Arbeitsmethoden der Sozialhygiene nicht immer entsprechen, und es ist nicht selten, daß einem beklagenswerten Einzelfalle der Vorzug vor anderen gegeben wird, deren Dringlichkeit der prüfenden und über die Aufnahme entscheidenden Stelle mehr erwiesen erscheint. Daß außer der selbstverständlich unentbehrlichen wirtschaftlichen Prüfung als zweites die *Beibringung eines ärztlichen Attestes* über die Notwendigkeit der Anstaltsunterbringung erforderlich ist, sollte nie vergessen werden. Bei den meisten genannten Anstalten ist der Attestzwang eingeführt. Die Ausstellung erfolgt durch Wohlfahrtsärzte, unter denen entweder freie Wahl besteht oder der für den Wohnort des Antragstellers zuständige in Anspruch genommen werden muß; in anderen Städten ist jeder approbierte Arzt, wieder nur in anderen der beamtete Arzt der Gemeinde oder des Staates dazu berechtigt (Bochum, Dresden, Leipzig) und schließlich ist sie mehrfach Aufgabe der Anstaltsärzte, wie in Bremen, Elberfeld, Erfurt, Mainz. Recht zweckmäßig ist es, solche Atteste, die nicht von beamteten oder Anstaltsärzten stammen, durch Fürsorgeärzte nachprüfen und über sie endgültig entscheiden zu lassen. Nicht als ob damit ein Mißtrauen gegen die Voruntersuchung ausgesprochen werden soll. Aber der behandelnde Arzt wird unter dem Eindrucke des Elends „seines Falles" zuweilen zu Entscheidungen kommen, die menschlich verständlich, aber doch nicht vom Standpunkte der Sozialhygiene sachdienlich sind. Die Sozialhygiene kann nur nach dem Grundsatze der Dringlichkeit handeln, und die Stelle, bei der die Gesamtheit aller Anträge zusammenkommt, wird gelegentlich je nach der Lage des Bettenmarktes gezwungen sein, im Interesse eines Dritten abweichende

Entscheidungen zu treffen, wobei es ihrem Takte und Geschick überlassen bleibt, wichtige, vom behandelnden Arzt vorgebrachte Gründe nicht unberücksichtigt zu lassen. So entscheiden in Berlin die Stadtärtze als medizinische Berater ihres Bezirksamtes, in Augsburg, Barmen, Plauen treffen die Leiter der Anstalt die endgültige Entscheidung, in München-Gladbach erfolgt obligatorische Nachprüfung durch den Stadtarzt. Bei der ärztlichen Beurteilung verdient weniger das pathologisch-anatomische Bild und die Ätiologie der Krankheit Berücksichtigung, als die *funktionelle Struktur* und die *Gesamtpersönlichkeit* des Kranken. Nimmt man die einfachsten Leistungen des täglichen Lebens als Maß, da ja an ihm am besten die Fürsorgebedürftigkeit eines chronisch Kranken oder Altersgebrechlichen gemessen werden kann, so lassen sich drei Gruppen unterscheiden. Die einen können die leichteren Arbeiten des Haushaltes ausführen, sind aber größeren Anforderungen nicht gewachsen, sie können z. B. nicht einholen gehen, keine große Wäsche abhalten, das Großreinemachen nicht erledigen. Das sind die *Unterstützungsbedürftigen*. Die anderen brauchen Hilfe zum Waschen und Ankleiden, sowie zur Führung der Hauswirtschaft, können sich aber im übrigen während des Tages, und vor allem während der Nacht selbst überlassen bleiben.

Bezirksamt.....

Ärztliches Attest

für.....
(Name, Vorname, Alter, Familienstand, Wohnung)
zur Aufnahme in ein städtisches Hospital[1]).
(Unvollständig ausgefüllte Anträge werden nicht berücksichtigt.)

1. Krankheitsbezeichnung: .....
2. Seit wann Beginn des genannten Leidens. Bisheriger Verlauf: .....
3. Befund am Untersuchungstage:
   a) Genaue Schilderung der wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der *Funktionsstörungen*, z. B. an den Extremitäten, Sinnesorganen, Eingeweiden usw.; allgemeine Angaben, wie Aderverkalkung, Altersschwäche, Schlaganfallsfolgen, Herzleiden usw. genügen nicht. .....
   b) Die aufzunehmende Person ist: (Unzutreffendes durchstreichen) gehfähig — imstande allein die Wirtschaft zu besorgen — imstande sich ohne Unterstützung anzukleiden bzw. zu essen — überwiegend, dauernd bettlägerig, völlig hilflos.
   c) Liegen psychische Störungen vor? Welcher Art? (Intelligenz, Stimmung, Affekte usw.) Werden dadurch der Kranke und seine Umgebung (Personen oder Sachen) gefährdet, inwiefern? .....
4. Welche besonderen neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, sozialer, wirtschaftlicher oder sonstiger Art verhindern das Verbleiben in der bisherigen Umgebung?.....

Berlin, den ..... 192...
Der Wohlfahrtsarzt des ..... Med.-Bezirks.

[1]) Die städtischen Hospitäler dienen der dauernden Unterbringung chronisch Kranker, deren Leiden dauernde Pflege (Verrichtungen, die nur ärztliches Hilfspersonal ausführen kann) und ständige ärztliche Überwachung in einer Anstalt verlangen. Erwerbsunfähigkeit und Wohnungslosigkeit allein bedingen noch keine Hospitalpflege.

Mit Rücksicht auf den Mangel an Plätzen können nur die dringendsten Gesuche erledigt werden. In jedem Falle ist zu prüfen, ob nicht durch Geldunterstützung, Besorgung des Haushalts (Hauspflege) oder Krankenpflege im Hause (durch die Gemeindeschwester) die Anstaltspflege vermieden werden kann.

Oder sie sind wegen seelischer Anomalien auf eine gewisse Überwachung angewiesen. Das sind die *Leitungs-* und *Wartungsbedürftigen*. In die dritte Gruppe gehören von den körperlich Kranken die dauernd oder überwiegend Bettlägerigen und solche, die gesäubert und gefüttert werden müssen, sowie von den psychisch Defekten solche, die sich oder ihre Umgebung gefährden. Das sind die *Schutz-* und *Pflegebedürftigen*. Die Anstaltspflegebedürftigkeit chronisch Kranker und Altersgebrechlicher wird nun nach dem Grade des Mißverhältnisses zwischen ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit einerseits, der Lebenshaltung der Umgebung andererseits, beurteilt. Eine derartige Gruppierung, die natürlich weder den Einzelheiten eines jeden Falles gerecht werden kann, noch die Tatsache aus der Welt schafft, daß fließende Übergänge zwischen den Gruppen vorkommen, erleichtert dem begutachtenden Arzt die Entscheidung und gibt die Möglichkeit, alle vorhandenen Fürsorgemaßnahmen stufenweise, je nach Lage der Dinge anzuwenden.

Für die Aufnahme in die Provinzial-Pflegeanstalt *Eberstadt* werden in dem ärztlichen Zeugnis Fragen nach der Vorgeschichte, dem körperlichen Befund, dem geistigen Befund, der Diagnose und vor allem der Pflegebedürftigkeit gestellt. Im einzelnen sind über die Gründe, die die Pflegebedürftigkeit bedingen und über die Arbeitsfähigkeit Antworten zu erteilen.

In *Berlin* ist das auf S. 165 abgedruckte Attest in Gebrauch.

Eine besondere Aufgabe bieten die in den Krankenhäusern befindlichen Siechen, die verlegt werden sollen. Über die Umstände, unter denen sie leben, ist häufig nur das bekannt, was die Kranken angeben. Unter ihnen befinden sich nicht selten Personen, die jahrelang von einer Anstalt zur anderen wandern, nicht krankenhausbedürftig, wohl aber heimbedürftig sind und ein Interesse haben, die für sie weniger vorteilhafte Übersiedelung in ein Asyl zu vermeiden; ferner könnte eine andere Gruppe nach Hause entlassen werden, wenn die Hilfsmittel einer gehobenen offenen Fürsorge zur Verfügung gestellt würden. In allen diesen Fällen ist aber die genaue Kenntnis der häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnisse die Grundlage für die Entscheidung des Arztes im Krankenhaus. Deshalb wird in Berlin durch die sozialen Krankenhausfürsorgerinnen in jedem „Siechenhausfall' nach dem nachfolgenden Berichtsschema eine Ermittelung veranlaßt und erst dann die notwendige Entscheidung gefällt.

Krankenhaus: .....

Ermittlung zu dem Antrag auf Bewahrung von

.....

(Name, Vorname, bei Frauen auch Mädchenname, Alter, Familienstand)

A. Wohnung: .....
.....
(Bez.-Amt, Straße, Haus-Nr., Stockwerk)
Falls Einlieger, bei wem? .....
.....
(Name, Verwandtschaftsverhältnis)
Zahl der bewohnten Räume: .....
Zahl der Hausangehörigen: .....
Hat die aufzunehmende Person allein ein Zimmer? .....
Eigene Lagerstätte? .....
Bemerkungen: .....

C. Wovon wird der *Lebensunterhalt* bestritten? .....
.....
.....
.....

B. Unterhaltungspflichtige Angehörige:
.....
(Name, Verwandtschaftsverhältnis, Wohnung, wirtschaftliche Verhältnisse, Möglichkeit der Unterbringung)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D. Sonstige *Fürsorgemöglichkeiten* (Unterstützung, Hauspflege, Krankenpflege durch Gemeindeschwester, „Frauenhilfe" usw.) .....

E. Bemerkungen: .....

Berlin, den ..... 192..

.....
Soziale Krankenhausfürsorgerin.)

Derartige Organisationen des Aufnahmeverfahrens sind nicht nur mit Rücksicht auf die überall hervortretende, akute Notlage bei der Unterbringung der chronisch Kranken und Altersgebrechlichen erforderlich, sondern geben überhaupt erst die notwendigen Unterlagen, um eine Übersicht über den Umfang von Erweiterungen und Neubauten zu erhalten.

Für die Planwirtschaft sind weiter unter den Aufnahmebedingungen klare *Zweckbestimmungen* der Anstalten besonders wichtig. So ist in den Grundsätzen des *Breslauer* Magistrats für die Aufnahme in das *Claassensche Siechenhaus* gesagt, „daß nur unheilbar Leidende (Sieche) oder altersschwache Personen aufzunehmen sind, die besonderer Pflege und Wartung bedürfen. Bei der Auswahl soll die Armut des einzelnen und die Schwere des Siechtums in erster Linie berücksichtigt werden". Aus diesen Auffassungen heraus wird die Zahl der selbstzahlenden Kranken zweckmäßig auf einen bestimmten Anteil an der Gesamtbelegungszahl begrenzt, um zu verhindern, daß bei gleicher ärztlicher Hilfsbedürftigkeit der wirtschaftlich Schwächere zurückstehen muß. So ist in den Aufnahmebedingungen für *Kahrwegs Asyl für arme Sieche* in *Bremen* folgendes gesagt:

„Die Anstalt ist bestimmt zur Aufnahme hiesiger siecher Personen, die einer sachverständigen Pflege bedürfen. Ausgeschlossen sind Personen vor vollendetem 16. Lebensjahr und Geisteskranke. In erster Linie werden arme Sieche aufgenommen. Erst in zweiter Linie können bei genügend vorhandenem Raum Sieche, die nicht unvermögend sind, aufgenommen werden, aber nur auf unbestimmte Zeit mit einmonatiger Kündigung seitens der Anstalt."

Es könnte der Einwurf gemacht werden, daß dieses Verfahren zwar gerecht, aber finanziell nachteilig für den Besitzer der Anstalt ist. Die folgende Aufstellung zeigt nun an einer Reihe von Beispielen, daß diese finanziellen Bedenken gegenstandslos sind, da der weitaus überwiegende Teil der Pfleglinge auf öffentliche Hilfe angewiesen ist.

Tabelle 31. *Hilfsbedürftigkeit der Pfleglinge.*
Am 1. XI. 1924 waren unter 100 Pfleglingen:

Ort	Anstalt	Selbstzahler	Auf Kosten der öffentlichen Fürsorge	Auf Kosten sonstiger Stellen
Berlin	Hospital Buch	1,9	96,6	1,5
Bremen	Kahrwegs Asyl	7	86	7
Breslau	Claassensches Siechenhaus	0	100	0
Eberstadt	Provinzial-Pflegeanstalt	2	98	0
Görlitz	Siechenhaus	0	100	0
Gießen	Provinzial-Pflegeanstalt	14	86	0
Hoym	Landessiechenanstalt	6	94	0
Hub	Kreispflegeanstalt	3	97	0
Köln	Invalidenhaus	1,5	98,5	0
Leipzig	Pflegehaus	0	100	0
Ludwigsburg	Frauenheim	94	6	0
Magdeburg	H. W. Müllersches Siechenhaus	20	80	0
Oberkunnersdorf	Bezirks-Siechenanstalt	4	96	0
Plauen	Pflegeanstalt Kauschwitz	3	91	6
Sinsheim	Kreispflegeanstalt	27	73	0
Wittstock a. D.	Provinzialpflegeanstalt	0	100	0
Aachen	Josephinum	8	92	0
Barmen	Alterspflegeheim	3	97	0
Bischofswerder	Siechenhaus	0	100	0
Breslau	Heilstätte Herrnprotsch	0	100	0
Chemnitz	Fürsorge- und Pflegeheim	0,8	99,2	0

Tabelle 31 (Fortsetzung).

Ort	Anstalt	Selbstzahler	Auf Kosten der öffentlichen Fürsorge	Auf Kosten sonstiger Stellen
Frankfurt a. M.	Altersheim der städt. Heilanstalt . . .	0	100	0
„	Häuslingsabteilung Sandhof	2	97	1
Pirna	Bezirks-Siechenhaus	6,6	93,4	0
Schwäb. Hall	Frauenheim	40	60	0
Stuttgart	Bürger-Hospital	4,5	93	2,5
Aachen	Vincenz-Spital	49	51	0
Augsburg	St. Servatius-Pfründe	22	72	6
Bonn	Städtisches Pflegehaus	8	92	0
Bochum	Städtisches Männerheim	5	90	5
„	Städtisches Frauenheim	0	95	5
Erfurt	Wilhelm- und Auguste-Stiftung	0	100	0
Mainz	Invalidenhaus	11	89	0
München	St. Nicolas-Spital	6	94	0
Salon	Männerheim	50	50	0

Einige wenige öffentliche Anstalten nehmen also einen nicht unerheblichen Anteil selbstzahlender Patienten auf. Jedoch wird in Wirklichkeit nach kürzerer oder längerer Zeit in vielen Fällen das vorhandene Vermögen aufgezehrt sein oder das sonstige Einkommen nicht ausreichen. Die Begrenzung selbstzahlender Aufnahmen auf 3% der Bettenzahl bei öffentlichen Anstalten hat sich praktisch in Berlin als zweckmäßig erwiesen und empfiehlt sich, solange die Bedarfsdeckung noch so ungeregelt wie zurzeit ist. Die weitere Sichtung der Aufnahmesuchenden wird dann vorwiegend nach der Schwere ihrer Erkrankung gehen müssen. Hierfür diene als Beispiel die im § 1 der *Verwaltungsordnung für die Pflegeanstalt Kauschwitz* der Stadt Plauen gegebene Zweckbestimmung der Anstalt, die die nicht unbedingt pflegebedürftigen Personen und die Geisteskranken ausschließt:

„Die Anstalt dient zur Aufnahme männlicher und weiblicher Siecher; als solche werden diejenigen Personen angesehen, welche infolge Alters oder wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen fremder Pflege und Wartung oder Beaufsichtigung bedürfen. Personen, welche bei einem solchen Zustande bloß ihr Fortkommen nicht mehr zu finden vermögen, im übrigen aber selbst für ihre Körperpflege zu sorgen imstande sind, auch nicht wegen geistiger Schwäche besonderer Aufsicht und fortgesetzter ärztlicher Behandlung bedürfen, sind in der Anstalt nicht aufzunehmen, ebensowenig auch solche Personen, welche wegen Geisteskrankheit ständiger Aufsicht und fortgesetzter ärztlicher Behandlung bedürfen."

Die Berliner Bestimmung geht hierin noch weiter; sie betont, daß Erwerbsunfähigkeit und Wohnungslosigkeit allein noch nicht Anstaltspflegebedürftigkeit begründen, und weist gleichzeitig darauf hin, daß möglichst viel von Maßnahmen der offenen Fürsorge Gebrauch gemacht wird:

„Die städtischen Hospitäler dienen der dauernden Unterbringung chronisch Kranker und Altersgebrechlicher, deren Leiden dauernde Pflege (Verrichtungen, die nur ärztliches Hilfspersonal ausführen kann) und ständige ärztliche Überwachung in einer Anstalt verlangen. Erwerbsunfähigkeit und Wohnungslosigkeit allein bedingen noch keine Hospitalpflege. Mit Rücksicht auf den Mangel an Plätzen können nur die dringendsten Gesuche erledigt werden. In jedem Falle ist zu prüfen, ob nicht durch Geldunterstützung, Besorgung des Haushaltes (Hauspflege) oder Krankenpflege im Haus (z. B. Gemeindeschwester) die Anstaltspflege vermieden werden kann."

Die Entwicklung, die sich in den Bedingungen und im Verfahren zur Aufnahme in Siechenhäusern ausspricht, strebt also *von der Zufallsaufnahme lediglich des Armen zur planmäßigen, nach gesundheitspolitischen Gesichtspunkten arbeitenden Bewahrung fürsorgebedürftiger Kreise der Bevölkerung.*

h) Die Leistungen der Siechenhäuser für die Sozialhygiene.

Wie sich die Leistungen, die dem einzelnen Pflegling geboten werden, für die Allgemeinheit auswirken, ersieht man insbesondere aus der *Zusammenarbeit der Siechenhäuser mit den Krankenhäusern*. Schon heute ergänzen sie das Krankenhaus weitgehend. Von den am 1. XI. 1924 vorhandenen Insassen ist, wie die Tab. 32 zeigt, in einer Reihe von Anstalten ein recht erheblicher Anteil direkt aus Krankenhäusern verlegt worden. Dadurch werden auch dort, wo die Anstalten nicht, wie in Barmen oder Frankfurt a. M., den Krankenhäusern räumlich angegliedert sind, die Siechenhäuser durch ihre Leistung zu Zweigabteilungen der Krankenhäuser. Beispiele hierfür sind Chemnitz, Magdeburg, Plauen, in geringerem Maße Berlin (Fröbelstraße) und Hannover.

Tabelle 32. *Frühere Unterkunft der Pfleglinge.*

Von je 100 der am 1. XI. 1924 vorhandenen Pfleglinge sind schätzungsweise aufgenommen:

Ort	Anstalt	Durch Verlegung aus Krankenhäusern	Durch Verlegung aus Altersheimen	Direkt aus der Häuslichkeit	Bemerkungen
	Gruppe 1.				
Berlin	Friedrich-Wilhelms-Hospital Fröbelstraße	60	5	35	
Bremen	Kahrwegs Asyl	40	15	45	
Breslau	Claassensches Siechenhaus	3	4	93	
Düsseldorf	Pflegehaus	2,5	0	97,5	
Eberstadt	Provinzial-Pflegeanstalt	45	5	50	
Elberfeld	Alterspflegeheim	9	5	86	
Gießen	Provinzial-Pflegeanstalt	0	0	100	
Görlitz	Städtisches Siechenhaus	5	0	95	
Köln	Invalidenhaus	40		60	
Leipzig	Pflegehaus	43	17	40	
Ludwigsburg	Frauenheim	3	3	94	
Magdeburg	H. W. Müllersches Siechen-Hospital	1	0	99	
Oberkunnersdorf	Bezirks-Siechenanstalt	10	0	90	
Plauen	Pflegeanstalt Kauschwitz	90	0	10	
Sinsheim	Kreis-Pflegeanstalt	25	8	67	
Stettin	Siechenhaus	10	5	85	
Aachen	Josephinum	40	0	60	
Barmen	Alterspflegeheim	100	0	0	
Chemnitz	Fürsorge- und Pflegeheim	97	3	0	
Frankfurt a. M.	Altersheim	4,2	12,5	62,5	ferner 20,8 Wohnungslose
Frankfurt a. M.	Häuslingsabt. Sandhof	90	5	5	
Hannover	Pflegeheim Köthenwald	50	0	50	
Magdeburg	Versorgungsheim	70	5	25	
Pirna	Bezirks-Siechenhaus	0	0	100	
Stuttgart	Bürger-Hospital	8	5	87	
	Gruppe 2.				
Aachen	Vincenz-Spital	4	0	96	
Augsburg	St. Servatius Pfründe	16	12	72	
Bochum	Männerheim	10	0	90	
„	Frauenheim	10	0	90	
Erfurt	Wilhelm- u. Auguste-Stiftung	15	5	80	
Halle a. S.	Alters- und Pflegeheim	10	0	90	
Mainz	Invalidenhaus	5	0	95	
Salon	Männerheim	10	0	90	

Auch die Verlegungen aus Altersheimen sind dort, wo getrennte Anstalten vorhanden sind, nicht selten, so daß die Kranken ohne den Umweg über das Krankenhaus sofort in die geeignete Anstalt gelangen. Eine dritte Reihe von Anstalten, besonders die in ländlicher Umgebung, wie die Provinzialpflegeanstalt Gießen und Eberstadt, erhält ihre Aufnahmen vorwiegend unmittelbar aus der Häuslichkeit und vermeidet dadurch die Krankenhausaufnahme. Grober hat in seinen Leitsätzen gefordert, daß alle Siechenhausaufnahmen die allgemeine Krankenanstalt als Durchgangs- oder Untersuchungsstation passiert haben. Diese Forderung wird man nur dort aufrecht erhalten können, wo bei einem weniger gut ausgebauten System des Aufnahmeverfahrens die Gefahr vorliegt, daß ungeeignete Kranke übernommen werden. Vielmehr hält es häufig recht schwer, Kranke, die einmal in Krankenhäusern sind, in andere, ihnen unbekannte Anstalten zu verlegen. Eine in ihrer Art einzig dastehende Organisation ist in Wien getroffen. Das mehr als 5800 Betten zählende Versorgungsheim Lainz, das dem Krankenhaus benachbart liegt, dient als zentrale Aufnahmestelle für alle Personen, die die gemeindliche Fürsorge in Anspruch nehmen. Nach einer kurzfristigen Beobachtungszeit, in der die ärztliche und soziale Diagnose gestellt wird, wird entschieden, ob geschlossene oder offene Fürsorge und in ersterem Falle, ob die Siechenabteilung, die Landesheil- und Pflegeanstalt oder ein Altersheim in Betracht kommen.

Hält man an dem Gedanken fest, daß das neuzeitliche Krankenhaus der Großstädte kein Asyl für erwerbsunfähige alte Leute, chronische Kranke, Obdachlose, Landstreicher und Stadtbummler werden darf, sollen die Krankenhäuser im Interesse der am Gemeinschaftsleben aktiv teilnehmenden Personen vor dem Andrange der unheilbar Unwirtschaftlichen geschützt werden, so ist es notwendig, auch in Krankenhäusern das Aufnahmeverfahren auf eine andere Grundlage und in innigere Verbindung mit der Organisation des Asylwesens zu bringen.

In *Amsterdam* ist im Jahre 1919 ein Ausweg eingeschlagen worden, der von allgemeiner Bedeutung ist. Auch dort war die Beobachtung gemacht worden, daß sich viele chronisch Kranke und erwerbsunfähige alte Leute im Krankenhaus aufhielten, deren Pflege auch in einfacheren Verhältnissen, zum Teil sogar in der Familie durchführbar war. Ihre Zahl war so groß, daß die Aufnahmefähigkeit des Krankenhauses litt. Nachdem der Versuch, durch die Krankenhausärzte selbst vor der Aufnahme eine Sichtung vornehmen zu lassen, daran gescheitert war, daß diesen jede Möglichkeit fehlte, die Angaben der Kranken über die häuslichen Verhältnisse nachzuprüfen, wurde ein besonderes *Kontrollbureau an das Krankentransportwesen* angeschlossen. Darin arbeiteten vier hauptamtliche Ärzte, einige Krankenwärter und Schreibkräfte; sie stellten bei unklaren Aufnahmemeldungen mit Hilfe von Automobilen jederzeit an Ort und Stelle die notwendigen Ermittlungen an. Die gesamte Kontrolle kostet, einschließlich des Automobilbetriebes, 60 000 Gulden jährlich; die Ärzte erhalten ein Gehalt von 7—9000, die Krankenwärter von 1800—3000 und die Schreibkräfte von 1200 bis 2100 Gulden. Ganz besonders wird darauf geachtet, daß keine wohnungslosen alten Leute, die erwerbsunfähig aber nicht wesentlich krank sind, aufgenommen werden; sie werden ebenso wie die für ein Krankenhaus ungeeigneten Fälle unmittelbar dem Armenhaus, Altersheim, Stiften oder den anderen jeweils in Betracht kommenden Einrichtungen überwiesen. Der Erfolg dieses Kontrollsystems, dessen Notwendigkeit nach einigem Widerstand auch von den praktizierenden Ärzten anerkannt wurde, war nach einem Bericht des Direkteur van den gemeentelijken Geneeskundigen Dienst aus dem Jahre 1922 so glänzend, daß dauernd freie Krankenhausbetten verfügbar wurden und sogar der wegen des Platzmangels vorher geplante Neubau eines weiteren Krankenhauses unterbleiben konnte. Die Ausgaben für die Kontrolle waren also mehr als eingebracht. Ähnliche Einrichtungen werden in Zukunft unabänderlich sein, verlangen allerdings zunächst, daß die offene Fürsorge für chronisch Kranke und Altersgebrechliche ausgestaltet wird und eine genügende Zahl von Asylen sowohl zu vorübergehendem wie vor allem zu dauerndem Aufenthalt vorhanden ist.

Die *Jahresleistungen* einer Reihe von Siechenhäusern und ihre Beanspruchung durch den Wechsel der Insassen zeigt die

Tabelle 33. *Verpflegungstage.*

Ort	Anstalt	Geleistete Verpflegungstage		Zugang	Abgang	Zugang	Abgang
		1913	1923	1913	1913	1923	1923
Berlin	Friedrich-Wilhelms-Hospital, Fröbelstraße	513 721	482 508	1800	683	1239	1101
Berlin	Hospital Buch	457 545	514 544	535	221	465	445
Bremen	Kahrwegs Asyl	82 331	95 540	56	58	88	84
Breslau	Claassensches Siechenhaus	128 660	124 926	69	67	102	103
Düsseldorf	Pflegehaus	263 498	349 070	448	459	434	451
Eberstadt	Provinzial-Pflegeanstalt	150 256	120 886	129	119	95	151
Elberfeld	Alterspflegeheim	51 387	68 666	47	38	41	42
Gießen	Provinzial-Pflegeanstalt	106 435	56 401	53	37	63	33
Görlitz	Siechenhaus	—	25 658	—	—	35	36
Hoym	Landes Siechenanstalt	143 367	153 090	65	45	111	94
Hub	Kreis-Pflegeanstalt	203 516	—	163	158	—	—
Köln	Invalidenhaus	87 704	103 133	219	222	223	163
Leipzig	Pflegehaus	127 494	90 837	719	712	172	214
Ludwigsburg	Frauenheim	12 932	13 742	7	7	8	8
Magdeburg	H. W. Müllersches Siechenhaus	3 600	3 650	28	16	27	21
Oberkunnersdorf	Bezirks-Siechenanstalt	41 333	33 672	37	45	111	94
Plauen	Pflegeanstalt Kauschwitz	15 492	34 430	21	18	52	22
Sinsheim	Kreis-Pflegeanstalt	102 523	102 101	68	80	69	69
Stettin	Siechenhaus	88 300	49 623	113	105	104	100
Wittstock a. D.	Provinzial-Pflegeanstalt	196 536	181 175	137	129	219	218
Aachen	Josephinum	145 441	135 691	286	343	165	157
Altona	Altenheim	107 041	148 077	738	691	372	271
Barmen	Alterspflegeheim	10 173	11 336	25	15	28	17
Bischofswerder	Siechenhaus	13 159	11 355	44	9	45	16
Frankfurt a. M.	Altersheim der städtischen Heilanstalt	—	43 131	—	—	177	581
Frankfurt a. M.	HäuslingsabteilungSandhof	—	30 979	—	—	89	86
Hamburg	Versorgungsheim	777 247	986 688	1294	1137	1390	1130
Hannover	Pflegeheim Köthenwald	—	36 311	—	—	84	87
Magdeburg	Versorgungsheim	66 475	68 183	483	488	533	633
Pirna	Bezirks-Siechenhaus	59 094	59 459	85	64	131	107
Schwäbisch-Hall	Frauenheim	11 370	21 382	24	14	16	18
Stuttgart	Bürgerhospital	51 761	81 506	387	400	409	409
Aachen	Vincenzspital	40 150	59 468	38	31	41	32
Augsburg	St. Servatius-Pfründe	50 090	48 178	22	20	75	47
Bonn	Städtisches Pflegehaus	36 672	44 314	28	31	32	40
Erfurt	Wilhelm- und Auguste-Stiftung	30 025	41 280	16	14	30	26
Halle a. S.	Alters- und Pflegeheim	78 213	142 880	155	143	142	125
Königsberg i. Pr.	Siechenhaus	101 184	67 198	61	63	77	38
Mainz	Invalidenhaus	110 099	123 623	131	109	95	97
München	St. Nikolas-Spital	50 357	46 623	26	20	51	49

In Groß-Berlin sind in den 10 städtischen Siechenhäusern (Friedrich-Wilhelm-Hospital Fröbelstraße, Friedrich-Wilhelm-Hospital Palisadenstraße, Hospital Buch, Bürgerhaus Charlottenburg, Siechenhaus Spandau, Pflegeheim Mariendorfer Weg, Alters- und Pflegeheim Deutsch-Wusterhausen, Hospitalabteilungen Wuhlgarten, Lichtenberg und Reinickendorf) und in Anstalten der Pro-

vinz Brandenburg, die mit Berliner Kranken belegt sind, Verpflegungstage in einer Höhe geleistet, die im Vergleiche zu den Krankenhäusern zeigen, welche große, von Jahr zu Jahr zunehmende Rolle heute das Siechenhauswesen einer Großstadt spielt.

Tabelle 34. *Verpflegungstage verschiedener Anstalten.*

Geleistete Verpflegungstage	1921	1922	1923	1924	1925
In Krankenhäusern	3 455 574	3 547 657	3 590 264	3 754 691	3 981 000
In Siechenhäusern (einschl. der auf Berliner Kranke in Anstalten der Provinz Brandenburg entfallenden Verpflegungstage	1 791 600	1 909 400	2 002 000	2 261 723	2 319 120
In Irrenanstalten (einschl. der auf Berliner Kranke in Anstalten der Provinz Brandenburg entfallenden Verpflegungstage)	2 282 000	2 957 000	3 214 000	3 325 982	3 517 869

Der Bestand an Siechen betrug am 1. I. 1921: 4814, am 1. I. 1922 5182, am 1. I. 1923 5380, am 1. I. 1924 5580, am 1. I. 1925 6207, am 1. I. 1926 6449 und am 1. I. 1927 6603; er hat sich also ständig vermehrt und wird auch aus den in der Einleitung auseinandergesetzten Gründen noch weiter wachsen.

Leider ist es zur Zeit noch nicht möglich, zu verfolgen, ob die Häufigkeit der Dauerunterbringung für bestimmte Krankheitsgruppen zu- oder abnimmt. Gerade die Kranken, auf deren dauernde Unterbringung in Heimen die Sozialhygiene am meisten Wert legt, die ansteckenden Tuberkulösen, stellen jährlich nur eine nach wenigen Hunderten rechnende Zahl von Zugängen.

Während in den Alt-Berliner Krankenhäusern in den Jahren 1911—1913 und 1922—1923 auf 100 Aufnahmen ziemlich regelmäßig etwa 13 Todesfälle kamen, stirbt in den Berliner Siechenhäusern jährlich durchschnittlich etwa $^1/_3$ des mittleren Bestandes.

Die Verteilung der in den Anstalten erfolgten Todesfälle auf die einzelnen Anstaltsgattungen und ihr Anteil an den Gesamttodesfällen zeige die

Tabelle 35. *Abgang durch Tod.*

	1921	1922	1923	1924	1925
1. Gesamttodesfälle in Groß-Berlin .	47 012	52 984	49 774	47 179	45 651
2. a) Todesfälle in Krankenhäusern überhaupt.	11 323	13 646	13 563	12 607	12 684
b) Anteil der Todesfälle in den Krankenhäusern an den Gesamttodesfällen	24,08%	25,75%	27,25%	26,74%	27,78%
3. a) Todesfälle in Siechenhäusern überhaupt.	1 072	1 574	1 436	1 621	1 635
b) Anteil an den Gesamttodesfällen	2,3%	2,9%	2,8%	3,4%	3,6%

Im Verhältnis zu den Sterbefällen aller über 60jährigen in Groß-Berlin starben in Siechenhäusern (ohne Einrechnung der Altersheime, für die keine Angaben vorliegen), in den Jahren 1921 6,1%, 1922 7,4%, 1923 6,8%, 1924 7,6%, 1925 8,2%. Die Siechenhäuser vermehren also die Fürsorgeeinrichtungen für Kranke nicht unerheblich, aber durch mannigfache *Hemmnisse* werden sie an der notwendigen Entfaltung gehindert. Daran ist einmal die Auffassung Schuld, daß die Anstaltspflege gegenüber der offenen Fürsorge viel kostspieliger sei. Die Übersicht über die Selbstkosten zeigt aber, daß die Betriebskosten einfacher, nur dem Pflegezweck

dienender Anstalten gar nicht allzuweit über diejenigen Unterstützungen in Geld hinausgehen, die vielfach bereits gezahlt werden, und es sich eigentlich lediglich um die einmalige Ausgabe der Errichtung handelt. Als zweiter Grund muß die tief eingewurzelte, durch die frühere Gesetzgebung festgelegte Auffassung genannt werden, daß erst auf den Antrag des Fürsorgebedürftigen Hilfe gebracht wird. Das neue Fürsorgerecht hat mit diesem Gedanken gebrochen. Heute hindert nichts mehr, Kranken, die berechtigt sind, die öffentliche Fürsorge in irgendeiner Form in Anspruch zu nehmen, in bestimmten Fällen nahezulegen, sich mit der Bewahrung einverstanden zu erklären. Es ist bemerkenswert, daß dagegen eine so segensreiche Einrichtung wie die Gewährung von Invalidenrenten geradezu die Gefahr heraufbeschwört, daß der invalidisierte ansteckende Tuberkulöse auch unter ungünstigen Wohnungsverhältnissen im Hause bleibt, anstatt in einer Anstalt Unterkunft zu erhalten, solange er freie Wahl zwischen Geldleistung und Sachleistung hat.

Und drittens beachten wir noch nicht genügend die eugenische Seite im Asylwesen. Denn wir sollten diese Anstalten stärker dafür einsetzen, mit dem Zwecke der Dauerunterbringung unheilbar unwirtschaftlicher Elemente die Unschädlichmachung qualitativ minderwertiger, fortpflanzungsfähiger Personen zu verbinden. „Nicht genug kann betont werden, daß die Ausscheidung und Festhaltung des defekten Teiles der Bevölkerung, wie sie ein ausgedehntes Asylwesen mit sich bringt, eine Amortisation der Minderwertigen überhaupt darstellt, die Jahr für Jahr die Armee der Verarmten, Arbeitsscheuen, Vagabunden und Kriminellen dezimieren und schließlich aufreiben muß und gerade von diesem Gesichtspunkte die größte Förderung verdient. Die Asylierung der Minderwertigen ist also eine schon jetzt durchführbare wichtige Maßnahme einer zielbewußten Hygiene der menschlichen Fortpflanzung und der Verhütung der Entartung“ (Grotjahn in „Soziale Pathologie“). Das Ziel wird leicher erreichbar sein, wenn nun, nachdem eine ganze Reihe von Ansätzen zur Errichtung und Führung allen Anforderungen entsprechender Anstalten gemacht sind, der Name Siechenhaus, den die Abneigung der Bevölkerung gebrandmarkt hat, allgemein durch die auch sachlich richtigere Bezeichnung „*Pflegeheim*“ oder eine ähnlich lautende ersetzt wird.

i) Bedarf.

Kaum irgendwo haben in den letzten Jahren die vorhandenen Einrichtungen genügt, um die Nachfrage zu befriedigen. Die Siechenhäuser sind überbelegt, und der Andrang geht weit über die Erwartungen hinaus. Deshalb beschäftigen sich viele Fürsorgeträger mit neuen Plänen.

Einzelne Städte konnten vorhandene Anstalten weiter ausbauen, wie Breslau, andere, wie Kiel, sind mit der Erweiterung beschäftigt, wieder andere, wie Braunschweig, beabsichtigen die Neuerrichtung eines Siechenhauses in Angliederung an das Krankenhaus. Aus der Notlage heraus hat man sich in einzelnen Städten, wie in Erfurt, Bottrop und Remscheid, mit der Unterbringung der Siechen in den Krankenhäusern begnügen müssen. In München-Gladbach sind seit Mitte 1924 in einigen Krankenhäusern der Peripherie besondere Abteilungen für Sieche eingerichtet, die je nach Bedarf verstärkt werden. Essen bringt die Siechen in ländlichen Krankenhäusern oder Anstalten der freien Wohlfahrtspflege unter. In Köln ist der weitaus größere Teil der Siechen in auswärtigen Privatanstalten untergebracht worden. Berlin hat in den Siechenanstalten der Provinz Brandenburg die Mehrzahl der Plätze für Berliner Kranke in Anspruch nehmen müssen.

Eine Bedarfsberechnung für die Zukunft kann sich zunächst auf die in der Einleitung geschilderte absolute und relative Zunahme der alten Leute in der Gesamtbevölkerung stützen. Selbst wenn man damit rechnet, daß sich durch die Fortschritte der Behandlungstechnik und den Ausbau der vorbeugenden Fürsorge die Häufigkeit der in jüngeren Jahren entstehenden, zum Siechtum führenden Krankheiten allmählich vermindert, so bleibt doch diese Erwägung für die Be-

darfsberechnung belanglos. Es ist zunächst noch recht fraglich, ob sich nicht die Abnutzungskrankheiten mit ihren Folgen in Zukunft viel mehr bemerkbar machen werden als bei den Generationen, die wirtschaftlich günstigere Zeiten durchlebten. Abgesehen davon, sind nach den mitgeteilten Übersichten über den Altersaufbau rund $^4/_5$ aller siechenhausbedürftigen Menschen älter als 60 Jahre.

Daher kann die Berechnung nur vom jeweiligen Bestande der übersechzigjährigen Bevölkerung ausgehen. Nach den Berliner Erfahrungen aus dem Jahre 1922/23 würde das bedeuten, daß *auf 1000 Lebende, die älter als 60 Jahre sind, etwa 14 unbedingt pflegebedürftige Personen kommen.* Aber diese Zahl stellt nur die allerunterste Grenze dar, da mit Rücksicht auf die Zeitverhältnisse ein besonders strenger Maßstab an die Beurteilung der Anstaltspflegebedürftigkeit gelegt wurde. Ebenso wie bei der für die Krankenhauspolitik geltenden Angabe, daß durchschnittlich 5 Betten auf 1000 Einwohner kommen, wäre die Schematisierung fehlerhaft. Die Geschlechter verhalten sich nicht gleich. Die höheren Altersklassen sind durch die größere Sterblichkeit der Männer in höheren Jahren, wie in allen Sterblichkeitstafeln nachgewiesen ist, mit Frauen ungleich stärker besetzt. So standen z. B. in Groß-Berlin am 8. X. 1919 im Alter von 60—70 Ja-Jahren 82 495 Männer gegen 122 508 Frauen, im Alter von 70—80 Jahren 27 119 Männer gegen 52 508 Frauen, im Alter von 80—90 Jahren 3 698 Männer gegen 9845 Frauen und im Alter von über 90 Jahren 113 Männer gegen 336 Frauen. Andererseits sind erfahrungsgemäß Männer relativ unter den Aufnahmesuchenden viel stärker vertreten als Frauen, obwohl sie in den entsprechenden Altern absolut in der Minderheit sind. Ein sehr wesentlicher Punkt für die Bedarfsberechnung, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Siechenhäusern, ist nach den bisher bekannten Untersuchungen nicht zu übersehen, und da sie sich ändert, je mehr nur Schwerkranke oder auch leichter Kranke aufgenommen werden, lassen sich hierfür keine allgemein gültigen Angaben machen. Bei dem Durchschnitt sämtlicher in der ersten Hälfte der Gruppe I (Tab. 7) genannten Anstalten, die einander wenigstens annähernd wesensgleich und daher vergleichbar sind, beträgt der durchschnittliche Aufenthalt nach den Beobachtungen der Jahre 1913 bzw. 1923 etwa 750 Tage bzw. 710 Tage, also im allgemeinen rund 2 Jahre.

Die Bedarfsberechnung zeigt, daß mindestens bis zum Jahre 1940 eine nicht unerhebliche Vermehrung der Betten nötig sein kann. Damit wird das Hauptinteresse auf die Kostenfrage gelenkt.

k) Kosten.

Wie Aufstellungen über die Einnahmen der Anstalten zeigen, sind Siechenanstalten *fast gänzlich* auf *Zuschüsse* der Träger angewiesen, während in den Krankenhäusern die Sozialversicherung bis zu 60% und Selbstzahler bis zu 12—15% für die Verpflegungskosten aufkommen.

Im Wirtschaftsjahr 1924 betragen in dem Hannoverschen Pflegeheim Köthenwald die Zuschüsse des Wohlfahrtsamtes 245 000 Mark, und nur 5000 Mark Reineinnahmen sind vorhanden. In der Pflegeanstalt Kauschwitz der Stadt Plauen beläuft sich der Zuschuß auf 60 000 Mark, denen Reineinnahmen von etwa über 4000 Mark gegenüberstehen. In dem Berliner Hospital Buch kann gegenüber einer Istausgabe von etwa 1 474 660 Mark mit einer tatsächlichen Einnahme von rund 65 000 Mark gerechnet werden.

Für die Verallgemeinerung der Siechenhäuser bis zur Deckung des Bedarfs ist die Hauptforderung, daß sie in Anlage und Betrieb wesentlich billiger als Krankenhäuser sind. Die *Verbilligung in der Anlage* ist durch Ersparung von Nebenräumen und Einfachheit der äußeren Gestaltung zweifellos möglich, wird aber gerade dann, wenn die Anstalten hygienischen Forderungen entsprechen sollen, nicht ausschlaggebend ins Gewicht fallen.

Grober veranschlagte 1910 die Errichtungskosten eines Bettes in einem Leichtkrankenhaus auf etwa 3—4000 Mark. Das bedeutete bereits damals gegenüber den Krankenhäusern einen nicht unbeträchtlichen Unterschied. Lagen doch die durchschnittlichen Kosten eines Krankenhausbettes bei einer Größe bis zu 200 Betten über 5000 Mark, in größeren Anstalten bei etwa 7000 Mark und hatten hier und da die Grenze von 10 000 Mark überschritten.

Das im Jahre 1908 fertiggestellte, sehr gut eingerichtete Hospital Buch der Stadt Berlin mit 1500 Betten verursachte insgesamt einschließlich Grunderwerb und Einrichtung 7 684 128 Mark Baukosten, so daß ein Bett 5234 Mark kostete.

Die Pflegeanstalt Kauschwitz der Stadt Plauen kostete einschließlich Grunderwerb und Einrichtung etwa 208 177 Mark. Da zunächst nur 60 Betten in Betrieb genommen wurden, würde auf das Bett ein Errichtungspreis von rund 3470 Mark kommen. Bei der Anlage war sofort mit einer Vermehrung um 20 Betten gerechnet und der Raum dementsprechend eingeteilt; so vermindert sich der Gestehungspreis eines Bettes auf etwa 2600 Mark.

Das 210 Personen fassende, im Jahre 1910 neu errichtete Bezirkssiechenhaus der Bezirkspflegeanstalten Pirna kostete einschließlich Grunderwerb und Einrichtung 330 000 Mark, so daß auf 1 Bett 1571,50 Mark entfallen.

Man kann annehmen, daß *ein Krankenbett im Siechenhaus* im allgemeinen *etwa die Hälfte eines Krankenhausbettes* kostet.

Wesentlich wichtiger ist es, ob gegenüber einer Ersparnis in der Anlage der *Betrieb der Siechenhäuser* hinter den Kosten des Krankenhausbetriebes nennenswert zurückbleibt. Vergleicht man dazu die Kosten eines Verpflegungstages in Siechenhäusern und Krankenhäusern einiger Städte, so zeigt sich nach dem Stande vom November 1924 folgendes Bild:

Tabelle 36. *Selbstkosten des Verpflegungstages.*

Ort	Siechenhaus Mk.	Krankenhaus Mk.
Berlin	6,10	2,20
Chemnitz	3,85	2,25
Düsseldorf	4,30	1,70
Leipzig	6,50	2,50
Plauen	4,72	1,83

Die Unkosten des Verpflegungstages in Siechenhäusern betragen danach *noch weniger als* $^2/_5$, *im ungünstigsten Falle etwa* $^3/_5$ *der im Krankenhause notwendig werdenden Ausgaben.* Stellt man nun weiter einige Anstalten, von denen genauere Selbstkostenberechnungen vorliegen, nach dem Gesichtspunkte zusammen, ob mit der zunehmenden Größe der Anstalt der Betrieb merklich verteuert wird, so kommt man zu dem aus der Praxis zu erwartenden Ergebnis, daß derartige Einflüsse unbedeutend sind:

Tabelle 37. *Unkosten des Verpflegungstages.*

Ort	Anstalt	Planmäßige Bettenzahl	Unkosten des Verpflegungstages (November 1924) Mk.
Salon	Männerheim	82	2,00
Frankfurt a. M.	Häuslingsabteilung Sandhof	86	2,50
Plauen	Pflegeanstalt Kauschwitz	89	1,83
Erfurt	Wilhelm- und Auguste-Stiftung	118	1,20
Chemnitz	Fürsorge- und Pflegeheim	120	2,25
Stettin	Siechenhaus	186	1,30
Elberfeld	Alterspflegeheim	190	1,20
Leipzig	Pflegehaus	247	2,50
Gießen	Provinzial-Pflegeanstalt	300	2,00
Eberstadt	Provinzial-Pflegeanstalt	425	2,43
Düsseldorf	Pflegehaus	828	1,70
Berlin-Buch	Hospital	1500	2,20

Faßt man die Anstalten nach *Größenklassen* bis zu 150 Betten, von 151 bis zu 500 und über 500 Betten zusammen, so beträgt das gewogene Mittel in der ersten Gruppe 1,93 Mark, in der zweiten 2,02 Mark und in der dritten ebenfalls 2,02 Mark.

Diejenigen Ausgaben, die die Verschiedenheiten in den einzelnen Anstaltsgattungen begründen, sieht man aus der folgenden Tabelle über eine Reihe von Positionen des Haushaltsplanes der Stadt Berlin für das Jahr 1924, in denen Einheitssätze festgelegt sind.

Tabelle 38. *Unkosten verschiedener Anstalten.*

Positionen	Krankenhaus Mk.	Siechenhaus Mk.	Irrenanstalt Mk.
Beköstigung täglich	1,30	0,70	0,75
Bekleidung pro Krankenbett jährlich	20,—	30,—	30,—
Instrumente und Verbandszeug jährlich	50,—	5—12	10,—
Arzneimittel pro Bett jährlich	42,—	8—9	5,—
Unterhaltungsschriften für die Pfleglinge jährlich	300—800	300—800	.

Hiernach drückt sich der andersgeartete Charakter des Siechenhauses außer in den bereits früher nachgewiesenen *Ersparnismöglichkeiten* in *personeller Beziehung* in dem sehr *stark verminderten Bedarf* an *Arzneimitteln, Instrumenten und Verbandszeug* und einem *geringeren Bedarf an Beköstigung* aus, während die Ansätze für Bekleidung und Unterhaltung der Pfleglinge die der Krankenhäuser eher übersteigen.

Die Betriebskosten einer größeren und einer mittleren Anstalt zeigen die *Haushaltspläne* des *Berliner Hospitals Buch* (1500 Betten) und der *Leipziger Pflegehäuser* (247 Betten) für das Rechnungsjahr 1924 (s. S. 177).

	Insgesamt Mk.	Je Bett Mk.
Persönliche Ausgaben (I)	318 712	228,70
Sächliche Ausgaben (II—X)	1 087 519	
Gesamtausgaben	1 406 231	

Da jedoch gegenüber dem Soll noch eine Reihe Veränderungen eingetreten sind, seien hier nebenstehend die Istausgaben nochmals zusammengestellt.

Die sächlichen Ausgaben verteilen sich folgendermaßen:

	Insgesamt Mk.		Je vorhandenes Bett (bei Annahme einer Durchschnittsbelegung von 1430) Mk.
II. Behandlung der Kranken		19 050	13,30
III. 1. Verpflegung	389 700		272,50
2. Bekleidung	45 600		31,90
3. Lagerung	111 200		77,70
4. Reinigung	45 470	591 970	31,80
IV. Hausbedarf usw.		276 096	
V. Abgaben		10 000	
VI. Beerdigungskosten usw.		4 900	
VII. Pflegegelder für Außenpfleglinge		3 500	
VIII. bis X. Verschiedenes, darunter Weihnachten, Bureaufahrtkosten, Taschengeld		182 003	
Zusammen		1 087 519	

Von den Istausgaben sind 22,7% für persönliche, 77,3% für sächliche Ausgaben gebraucht worden, größere einmalige Aufwendungen sind nicht erfolgt. Die Beköstigung der Pfleglinge, ausschließlich des Personals, beanspruchte rund 368 000 Mark = rund 34% der sächlichen Ausgaben und rund 26% der gesamten Istausgaben, die Behandlung der Kranken rund 1,7% bzw. 1,4%. Auf den Verpflegungstag kommen etwa 0,75 Mark für die Beköstigung, 0,04 Mark für die Behandlung der Kranken und 0,61 Mark für persönliche Ausgaben.

1. Haushaltsplan des Hospitals Berlin-Buch.

Einnahmen:		*Ausgaben:*	
Armenkranke	921 910 Mk.	I. Löhne und Vertretungskosten	40 230 Mk.
Selbstzahler	27 600 „	Sondervergütung für Fachärzte	50 „
Erstattung auf Beerdigungskosten	3 000 „	II. Behandlung d. Kranken (Arzneimittel, Instrumente, Gerätschaften, Verbandsgegenstände, Leichenhaus, Laboratorium)	35 200 „
Einnahmen aus gesetzlichen Erbrechten	2 000 „	III. Verpflegung (je 0,70 Mk.) (Zulage für 190 arbeit. Pfleglinge je 0,25 Mk.)	397 000 „
Pachtzins für Gartenland	440 „	Bekleidung	45 600 „
Erstattungen v. Sachbezügen v. Beamten und Personal f. Beköstigung, Wohnung usw.	36 950 „	Lagerung	47 200 „
Verschiedenes	2 500 „	Reinigung	52 500 „
Einnahmen zusammen	994 400 Mk.	IV. Hausbedarf (z. B. Holz u. Kohlen, Dampf, Beleuchtung, Wasser)	288 670 „
		V. Abgaben und Lasten	10 000 „
		VI. Beerdigungskosten, Sterbekassenbeiträge	1 900 „
		VII. Pflegegelder f. Außenpfleglinge (50 je 360 Mk.)	18 000 „
		VIII. Verschiedenes, darunter Taschengeld für Nichtrentner	162 780 „

Wirtschaftlicher Abschluß.

Ausgaben-Etat	1 099 380 Mk.
Gehälter	88 150 „
Vergütungen für nicht ständige Hilfskräfte	174 530 „
Ruhegehälter	1 800 „
Sächliche Kosten	1 000 „
	1 364 860 Mk.
Einnahmen	994 400 „
Bedarf	751 150 Mk.

2. Haushaltsplan für die Pflegehäuser Leipzig.

	Insgesamt Mk.	Je Bett Mk.
Besoldung der Beamten und Angestellten	34 200	191,50
Löhne	13 100	
Versicherungsbeiträge	1 400	
Bauliche Unterhaltung	4 700	
Sonstiger Grundstücksaufwand	7 000	
Heizung	14 500	
Ergänzung und Erhaltung der Einrichtung	16 000	
Beköstigung	120 000	485,80
Kleidung, Wäsche usw.	12 000	48,60
Arzneien, Heilmittel	20 000	80,90
Begräbniskosten	4 000	
Reinigungsmittel	6 000	
Verschiedene Ausgaben	4 000	
Ausgaben zusammen	256 900	
Einmalige Ausgaben	18 800	
Fensterausbesserung und Abputzarbeiten (I)	15 800	
Abputzarbeiten (II)	3 000	
Einnahmen	11 000	

Rund 41% der gesamten Ausgaben entfallen auf Beköstigung (einschließlich Personal), 7% auf Arzneien und Heilmittel, 16% auf Löhne und Gehälter, und bei Abrechnung der einmaligen Ausgaben rund 47% auf Beköstigung, 8% auf Arzneien und Heilmittel und 18% auf Löhne und Gehälter. Auf das Bett und den Tag berechnet, entfallen schätzungsweise 1,30 Mark auf Beköstigung, 0,22 Mark auf Arzneien und Heilmittel und 0,52 Mark auf Löhne und Gehälter. — In dem Haushaltsplan der *Kölner Pflegeanstalten* sind bei den Ansätzen für das Rechnungsjahr 1925 die persönlichen Ausgaben mit 12%, die sächlichen Ausgaben mit 76% angenommen, der Rest entfällt auf nicht regelmäßig wiederkehrende Ausgaben und Rücklagen. Von diesen Ausgaben gehen nun 63% auf das Konto der Verpflegung, 1,5% sind für Arzneien und Heilmittel eingesetzt, von den regelmäßig wiederkehrenden Ausgaben überhaupt sind 54% für Verpflegung, 0,9% für Arzneien und Heilmittel und 12% für persönliche Ausgaben vorbehalten.

Die *Verpflegungssätze*, die zur Deckung dieser Ausgaben erhoben werden, sind im allgemeinen niedriger als die Selbstkosten. Sie bis zur Höhe der tatsächlichen Unkosten emporzuschrauben, hätte rein theoretische Bedeutung, da, wie schon gezeigt, gerade in öffentlichen Anstalten die übergroße Mehrzahl der Pfleglinge auf öffentliche Kosten verpflegt wird und im Wege der Erstattung nur eine Umbuchung von Mitteln erfolgt. Die Verpflegungssätze haben also nur für Drittverpflichtete und selbstzahlende Kranke Bedeutung. Einige Anstalten machen Unterschiede für selbstzahlende Patienten und Kranke, die auf Kosten Dritter unterhalten werden. Wenngleich diese verschiedene Berechnung aus finanziellen Gründen manches für sich hat, so ist doch zu bedenken, daß die Einnahmen von Selbstzahlern wegen ihrer geringen Zahl im Gesamthaushalt überhaupt keine Rolle spielen. Die allzu große Staffelung der Verpflegungssätze in Siechenhäusern kann dazu führen, daß eine Reihe anstaltspflegebedürftiger Personen, die im Sinne der RVF. nicht hilfsbedürftig sind, mangels ausreichender Zahl billiger privater Anstalten nicht genügend oder nur unter schwersten wirtschaftlichen Schädigungen ihrer Angehörigen versorgt werden können. Vom sozialhygienischen Standpunkte aus müssen daher die Siechenhäuser so billig sein, daß sie allen wirklich fürsorgebedürftigen Volkskreisen zugängig sind. Gottstein hat für die Krankenhäuser die Frage zur Aussprache gestellt, ob nicht überhaupt von der Erhebung von Verpflegungssätzen im eigentlichen Sinne abgesehen werden und lediglich der für die Beköstigung notwendige Betrag, der auch zu Hause hätte aufgewendet werden müssen, eingezogen werden solle. Wenn irgendwo, so ist ein Versuch in dieser Hinsicht auf dem Gebiete des Siechenhauswesens angebracht. Entweder erkennt man, um Virchows Worte zu benutzen, die Verpflichtung der Gesamtheit, für das Wohl der Kranken zu sorgen, an, oder man erkennt sie nicht an, sage dann aber nicht, daß eine öffentliche Gesundheitspflege existiere. Daß die Verwirklichung dieses Programms die tatsächlichen Ausgaben nicht erhöht, ist im Laufe dieser Darstellungen mehrfach gezeigt. In einer Reihe von Anstalten ist bereits unter bestimmten Bedingungen eine Ermäßigung des Pflegesatzes vorgesehen. Hierunter spielen die Freistellen, die früher aus Stiftungsmitteln bezahlt wurden, keine Rolle mehr, da die Kapitalien der Entwertung zum Opfer gefallen sind. Es handelt sich vielmehr um diejenigen Fälle, in denen Kranke zur Aufbringung der vollen Kosten nicht imstande sind, unterhaltungspflichtige Angehörige im Sinne des § 1601 BGB. aber fehlen und entfernte Verwandte oder Bekannte zu den Kosten beitragen können. So wird in Berlin in solchen Fällen eine Ermäßigung bis zu $^1/_4$ des vollen Pflegesatzes gewährt. Sie entlastet die öffentlichen Mittel nicht nennenswert, ist aber geeignet, das Verantwortungsgefühl in der Bevölkerung zu erhalten und alle Volksgenossen nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zu öffentlichen Aufgaben heranzuziehen.

Auch in vielen anderen Anstalten finden in Einzelfällen Ermäßigungen statt. Bei den Beziehern von Renten hat der Fürsorgeverband mit dem Augenblick der Anstaltsaufnahme Ersatzanspruch.

Für die Renten aus der RVO. regelt er sich gemäß § 1531, für die Renten aus dem Reichsknappschaftsgesetz nach §§ 76 und 180, für die Renten aus dem Angestelltenversicherungsgesetz nach § 80, für Gebührnisse aus dem Reichsversorgungsgesetz nach § 68 und den Ausführungsbestimmungen vom 16. IX. 1920.

Es empfiehlt sich, von dem Aufzunehmenden eine Erklärung unterschreiben zu lassen, daß er mit der Ersatzleistung aus den ihm zustehenden Renten für die durch die Anstaltspflege entstehenden Kosten einverstanden ist. Aus diesen der Anstalt zufließenden Mitteln können allerdings in vielen Fällen die vollen Kosten der Dauerunterbringung nicht bestritten werden, so daß der Träger der Anstalt den Fehlbetrag decken muß. Bei Verweigerung der Abtretungserklärung, mit der gelegentlich zu rechnen ist, kommt gemäß § 1540 RVO. die Einleitung des Spruchverfahrens in Frage.

Die Verpflegungssätze, die in einzelnen Anstalten Ende 1924 erhoben wurden, gibt die Tab. 39 wieder.

Tabelle 39. *Verpflegungssätze.*

Ort	Anstalt	Selbstzahler	Fürsorgepfleglinge
	Gruppe 1.		
Berlin	Hospital Buch	2,20	2,20
Bremen	Kahrwegs Asyl	1,60	1,60
Breslau	Claassensches Siechenhaus	1,30	1,30
Düsseldorf	Pflegehaus und Pflegestation	1,70	1,70
Eberstadt	Provinzial-Pflegeanstalt	2,50	2,00
Elberfeld	Städtisches Alterspflegeheim	I. Kl. 4,00 II. Kl. 3,00 III. Kl. 1,00	1,00
Gießen	Provinzial-Pflegeanstalt	II. Kl. 1,50—2,00 III. Kl. 1,00—1,50	1,00
Görlitz	Städtisches Siechenhaus	2,75	2,75
Hoym	Landes-Siechenanstalt	II. Kl. 2,50 III. Kl. 2,00	1,10
Hub	Kreis-Pflegeanstalt	2,00	1,20—1,60
Köln	Invalidenhaus	1,53	1,53
Leipzig	Pflegehaus I und II	2,00	2,00
Ludwigsburg	Privatkrankenhaus (Frauenheim)	I. Kl. 3,00—3,30 II. Kl. 2,05—2,50 III. Kl. 1,50—1,68	1,40—2,00
Magdeburg	H. W. Müllersches Siechenhospital	1,20	1,00
Obercunnersdorf	Siechenhospital	2,00	1,00—1,25
Plauen	Pflegeanstalt Kauschwitz	1,75	1,75
Sinsheim	Kreis-Pflegeanstalt	1,30—3,50 (II. u. I. Kl.)	1,30—2,50
Wittstock a. D.	Brandenburgische Pflegeanstalt	2,00	1,50
Aachen	Josephinum	1,60	1,40
Altona	Altenheim	2,50	1,65
Barmen	Alterspflegeheim	3,50	3,50
Bischofswerder	Siechenhaus d. Diaspora-Anstalten	1,00	1,00
Breslau	Heilstätte Herrnprotsch	1,80	1,80
Chemnitz	Fürsorge- und Pflegeheim	3,00	3,00
Dresden	Heil- und Pflegeanstalt	3,60	3,60
Frankfurt a. M.	Altersheim d. städt. Heilanstalt	4,50	2,80
Frankfurt a. M.	Häuslingsabteilung Sandhof, städt. Krankenhaus	2,40	2,40
Hamburg	Versorgungsheim	1,20	1,20
Hannover	Pflegeheim Köthenwald	1,30	1,30
Magdeburg	Versorgungsheim	2,00	2,00

Tabelle 39 (Fortsetzung.

Ort	Anstalt	Selbstzahler	Fürsorgepfleglinge
Pirna	Bezirks-Siechenhaus der Bezirks-Pflegeanstalten	1,75—5,00	1,50
Schwäb. Hall	Frauenheim d. Diakonissenanstalt	1,80	1,80
Stuttgart	Bürgerhospital	3,25 zuzgl. Extraleistungen	3,50
	Gruppe 2.		
Aachen	Vincenz-Spital	III. Kl. 1,60 II. Kl. 2,00 I. Kl. 2,80	1,60
Augsburg	St. Servatius-Pfründe	2,00	2,00
Berlin	Altersheim Dtsch.-Wusterhausen	2,20	2,20
Bonn	Städtisches Pflegehaus	3,00—4,00	2,50
Bochum	Städtisches Männerheim	2,00	1,50
Bochum	Städtisches Frauenheim		
Erfurt	Wilhelm- u. Auguste-Stiftung	1,20	0,60
Halle a. S.	Alters- und Pflegeheim	2,00	2,00
Königsberg i. Pr.	Siechenhaus	1,90 f. Einzelzimmer	1,50
Mainz	Invalidenhaus	1,90	1,90
München	St. Nicolas-Spital	1,70—2,00	1,70—2,00
Salon	Männerheim	III. Kl. 1,50—2,40 II. Kl. 3,60—4,00 I. Kl. 4,50—5,00	1,50

Es ist ein Zeichen für die Uneinheitlichkeit in der Organisation des Fürsorgewesens, daß sich bisher diejenigen Kreise, die an dem Vorhandensein von Anstalten besonders interessiert sind, vielfach nicht entschließen konnten, zur Errichtung einer öffentlichen Anstalt beizusteuern, während sie andererseits gern bereit waren, bei genügendem Bedarf Anstalten nur für Personen ihrer Zuständigkeit in eigener Regie zu betreiben oder aber fremde Anstalten zu belegen. Nicht nur auf dem flachen Lande, sondern auch in Städten ist die Bildung von *Zweckverbänden* aus Trägern der öffentlichen Fürsorge, der Reichsversicherung — vorwiegend der Landesversicherungsanstalten — und gegebenenfalls Organisationen der freien Wohlfahrtspflege dringend nötig, um der Verzettelung von Geldern zum Bau von Zwerganstalten mit geringen Leistungen für die Allgemeinheit zu steuern und einen *gerechten Lastenausgleich* zu erzielen. Es ist das Grundübel bei vielen Einrichtungen auf dem Gebiete der Sozialhygiene, daß sie entsprechend der geschichtlichen Entwickelung nach Instanzen und nicht nach Sachgebieten betrieben werden muß.

Ein Beispiel eines Zusammenschlusses ist das im Jahre 1914/15 neu in Betrieb genommene Prinzeß-Marien-Stift *Schwarzenberg i. Erzgeb.*, eine Mischanstalt zur gemeinsamen Unterbringung von Siechen, gesunden Alten, Kindern und Fürsorgezöglingen. Die Kosten des Baues waren von 7 Stadtgemeinden, 23 Landgemeinden, 3 Kirchgemeinden, 9 Vereinen, 7 industriellen Firmen und einer großen Zahl von Einzelstiftern aufgebracht.

Hoffentlich wird die Zukunft den Gedanken der *Gemeinlast* auf dem Gebiete des Siechenwesens weiter fördern, handelt es sich hier doch um ein Gebiet, bei dem der Streit, „Versorgung oder Fürsorge", am leichtesten durch gemeinsame, planmäßige Arbeit der Versorgungs- und der Fürsorgebehörden einerseits, der freien Wohlfahrtspflege andererseits, geschlichtet werden kann.

2. Altersheime.

a) Aufgaben und Ziele.

Die Aufgaben der Altersheime, erwerbsunfähigen alten Personen, bei denen die Krankheitserscheinung des Alters noch nicht im Vordergrunde stehen, dauernd

Obdach und Verpflegung zu bieten, sind zwar vorwiegend Aufgaben einer wirtschaftlichen Fürsorge. Eine besondere Besprechung der Einrichtungen, die zu dieser Gattung von Anstalten zählen, rechtfertigt sich jedoch an dieser Stelle aus mehreren Gründen. Die Sozialhygiene hat nach Grotjahn die Aufgabe, die gesundheitlichen Wirkungen der gesellschaftlichen Verhältnisse und der sozialen Umwelt zu berücksichtigen und die hygienischen Maßnahmen, die zunächst nur einer bevorzugten Minderheit zugute kommen, zu verallgemeinern. Die wirtschaftlichen Ereignisse der letzten Jahre in Deutschland spiegeln sich in der Not der Alten am ergreifendsten wieder. Die gesellschaftlichen Verschiebungen, die in dieser Klasse der Bevölkerung eingetreten sind, haben sie der Möglichkeit beraubt, den Stand ihrer hygienischen Kultur von sich aus zu bewahren. So ist der Anstoß gegeben, die Fürsorgeeinrichtung zum Schutze des Alters zu erweitern und die *Lücke zwischen Privatsanatorium und Armenhaus zu schließen.* Der Ausgleich zwischen den Wünschen des Einzelnen und den Interessen der Gesellschaft ist allerdings besonders schwierig, und manches Wünschenswerte muß hinter der zunächst notwendigen Reform des Siechenhauswesens noch zurückstehen.

Unter diesem Gesichtspunkte wird die Stellungnahme zur Frage der Altersheime davon ausgehen, wieweit sie durch die Art ihrer Leistungen in der Lage sind, anstaltsbedürftige Personen mit dem geringsten Aufwand an Mitteln aufzunehmen und damit andere, im Betriebe teurere Anstalten zu entlasten. Ferner kommt hinzu, daß nicht nur in Gegenden mit geringerer Bevölkerungsdichte Altersheime gleichzeitig in besonderen Abteilungen pflegebedürftige Personen aufnehmen, so daß sie auch unmittelbar der gesundheitlichen Fürsorge dienen, nur hat im Gesamtbilde der Anstalt der gesundheitliche Zweck nicht das Übergewicht.

Zu den Altersheimen gehören eine Reihe von Anstalten mit den verschiedensten Benennungen: Stift, Pfründnerhaus, Invalidenheim, Hospital, Spital, Altersversorgungsanstalt, Bürgerheim, Rentnerheim, Feierabendhaus, Versorgungshaus usw.

Sie haben alle das gemeinsame Ziel, den Insassen eine Heimstätte und einen sorgenfreien Lebensabend zu bieten, gleichen sich in der Art, unterscheiden sich aber im Maße und Umfang ihrer Leistungen.

b) Träger.

Während die Siechenhäuser weitaus am häufigsten von den Trägern der öffentlichen Fürsorge unterhalten werden, liegen die Dinge bei den Altersheimen anders. Eine der beliebtesten Formen privater Wohltätigkeit fand in früheren Jahren darin ihren Ausdruck, eigens errichtete Häuser oder den vorhandenen Besitz den bedürftigen Alten zu vermachen. So lautet die testamentarische Bestimmung für die Errichtung der *Moyelken-Stiftung* in Lübeck, die ihren Ursprung im 15. Jahrhundert hat: „Mein Haus geb ich pfand- und kostenfrei den Armen zu ewigen Zeiten, darin Wohnung zu haben . . . Auch gebe ich dazu fünfzig Mark Lübsch, zinsbar als Rente anzulegen, um das Haus von dieser Rente jährlich im Bau zu bessern und instand zu halten. . .“ Die Buntheit menschlicher Wünsche und die Verschiedenheit der Weltanschauungen spiegelt sich in den von den Stiftern erlassenen Bestimmungen wieder. In neuester Zeit haben sich die Dinge insofern verschoben, als unter den Folgen der Geldentwertung eine große Reihe solcher Anstalten in die Hände der öffentlichen Fürsorge, ganz besonders der Kommunen, übergegangen sind. Aber auch die gegenteilige Entwicklung ist bemerkbar.

In *Königsberg i. Pr.* ist im Jahre 1923 das bis dahin von der Stadt unterhaltene „Siechenhaus“ einem Verein übergeben worden, dessen tatkräftige, durch keine äußere Bindung beeinflußte Arbeit die Anstalt erhalten konnte.

Mehr und mehr gehen die Kommunen in neuester Zeit dazu über, die von der privaten Fürsorge begonnene Arbeit einheitlich auszugestalten, teils, indem sie sich maßgebenden Einfluß an den privaten Anstalten sichern, teils, indem sie selbst zur Ausfüllung von Lücken Anstalten in eigener Regie errichten. Unter den privaten Trägern sind außer Einzelpersönlichkeiten und gemeinnützigen Vereinen besonders stark an der Unterhaltung von Altersheimen die Kirche und die kirchlichen Wohlfahrtseinrichtungen beteiligt, in einzelnen Landesteilen, besonders in Süddeutschland, herrschen sie vor.

Auch die *Betriebswohlfahrtspflege* hat sich dieses Zweiges der Fürsorge angenommen.

Die Firma *Fr. Krupp A.-G.*, Essen, hat im Jahre 1892 auf Grund einer Stiftung des Herrn F. A. Krupp für alte, invalide Arbeiter zur unentgeltlichen lebenslänglichen Benutzung eine Kolonie „Der Altenhof" nach Cottageschem System aus Einzel- und Doppelhäusern mit je 1—3 abgeschlossenen Wohnungen zu 3 Räumen errichtet; ferner 3 Pfründnerhäuser für alleinstehende Pensionäre und 2 Häuser für Witwen, in denen die Männer je ein Zimmer, die Frauen je ein Zimmer und Küche haben und für gemeinsamen Aufenthalt Dielen vorhanden sind. Die Einrichtung ist nach und nach bis auf 393 Wohnungen erweitert worden.

Die *Farbwerke vorm. Meister Lucius und Brüning*, Höchst a. M., errichteten Arbeiterheime, die Arbeitern und Aufsehern nach Zurücklegung 25jähriger Dienstzeit zur mietfreien Benutzung auf Lebenszeit vergeben werden und auch für den Fall der Invalidität im Besitz der Inhaber bleiben.

Die *Donnersmarck-Hütte* hat ein Altersheim für 42 invalide Arbeiter, Arbeiterwitwen und Waisen.

Die *Gerresheimer Glashüttenwerke* errichteten 1890/91 das „Ferdinandheim" für alte, arbeitsunfähige Angehörige der Glasfabrik mit Raum für 15 Männer und 15 Frauen, Ehepaarzimmern und Einzelzimmern für Alleinstehende.

Die Fabrik *Schäffer und Budenberg* in Magdeburg-Buckau hat ein Heim für Arbeiter und Beamte der Fabrik sowie der Gasanstalt von Budenberg & Co., das auch den Ehefrauen offensteht. Bedingung ist 25jährige ununterbrochene Tätigkeit im Dienst und Unbescholtenheit.

Aus dem Gedanken heraus, die Geldbezüge durch Sachbezüge abzulösen, sind unter den öffentlich-rechtlichen Organisationen eine Reihe von *Landesversicherungsanstalten* dazu übergegangen, eigene Anstalten für Invaliden zu errichten, so die LVA. Oberpfalz in Tischenreuth mit 70 Betten, die LVA. Mittelfranken in Heimweg (1908) für 70 Rentner und in Wendelstein (1911) für 40 Rentnerinnen, die LVA. Thüringen in Etzelbach und Debrahof.

c) Größe und Gliederung.

In der *Größe* bevorzugen die Gründer von Altersheimen Anstalten mit 10 bis 30, allenfalls solche mit 50—100 Plätzen, eine Beschränkung, die nicht nur durch die Geldmittel der Gründer geboten ist, sondern auch den Insassen das Gefühl des Massenbetriebes nehmen soll.

Je größer die Anstalten sind, desto häufiger sind sie in den Händen der öffentlichen Fürsorge. Bei welcher Anstaltsgröße die Wirtschaftlichkeit am günstigsten ist, wird hier bei den an sich nicht erheblichen Betriebskosten weniger wichtig sein, als die Frage, ob durch die gemeinsame Unterbringung einer Reihe von Personen, die Kleinwohnungen innehatten, ausreichender Wohnraum für die Bevölkerung frei gemacht werden kann. Das ist häufig in der Tat der Fall, so konnten in Freiburg i. B. durch die Einrichtung von 40 Wohnungen im evangelischen Stift 116 Zimmer für den Wohnungsmarkt gewonnen werden.

Die Mehrzahl der Anstalten ist für *beide Geschlechter* bestimmt. Da jedoch mit Rücksicht auf die erhöhte Sterblichkeit des männlichen Geschlechts in den höheren Jahrgängen ein besonders starkes Bedürfnis zur Unterbringung von Frauen vorliegt, sind außerdem lediglich für Frauen bestimmte Anstalten recht häufig.

Anstalten, die nur Männer aufnehmen, findet man selten, obwohl der Gesichtspunkt nicht außer acht gelassen werden darf, daß die Männer im höheren Alter den Bedürfnissen des täglichen Lebens noch viel hilfloser gegenüberstehen und den Angehörigen viel wertloser erscheinen als alte Frauen, die immer noch gern zu kleinen Diensten im Haushalt herangezogen werden.

Die häufigste *Anordnung*, besonders in mittleren und kleineren Städten, ist die Kombination des Altersheimes mit einer anderen Anstalt. Besonders in Baden sind sog. Pfründnerabteilungen in Angliederung an das Krankenhaus beliebt. Recht häufig findet sich auch die Einrichtung, daß der größere Teil der Anstalt Altersheim, eine besondere Station aber für die pflegebedürftigen Insassen bestimmt ist. Einen besonderen Typ hat die private Wohlfahrtspflege geschaffen, für den als Beispiel die Mutterhäuser des Deutschen Roten Kreuzes in Hamburg (Vereinshospital) und Hannover (Clementinenhaus) angeführt seien. Diese Anstalten sind als Mutterhäuser Ausbildungsstätten für Krankenpflegepersonal, die mit ihnen verbundenen allgemeinen Krankenhäuser sind staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen. Außerdem werden noch besondere Abteilungen als Schwesternheime benutzt; hier und da wird der Kreis der Arbeit noch weiter gezogen und auch ein Säuglingsheim mit Säuglingspflegeschule unterhalten, und endlich findet sich mehrfach eine Haushaltungsschule mit einem Altersheim vereinigt, wie das Damenheim des Badischen Frauenvereins vom Roten Kreuz in Mannheim.

Die gemeinsame Unterbringung erwerbsunfähiger, aber gesunder Alter, chronisch Kranker und Altersgebrechlicher, arbeitsfähiger, aber arbeitsscheuer Personen und von Fürsorgezöglingen findet sich besonders häufig in den sächsischen Anstalten, die ihre Existenz dem Zusammenschluß einer größeren Anzahl von Interessenten verdanken. Diese Lösung hat den Nachteil, daß in der Bevölkerung der Charakter der Anstalt nach den schlechtesten Elementen beurteilt werden könnte, und birgt die Gefahr, daß auch bei bestem Willen des Personals sich Ton, Umgangsform und Behandlungsweise, die Arbeitshäuslern gegenüber gelegentlich angewandt werden, auch unwillkürlich gegenüber anderen Insassen bemerkbar machen. Der Vorteil liegt darin, daß durch die Arbeitsleistung der Gesunden der Gesamtbetrieb bis zu einem gewissen Grade wirtschaftlich gemacht werden kann, so daß asoziale oder extrasoziale Elemente hier unter dem Zwange der Anstaltsdisziplin geradezu die Ernährer einer Reihe anderer erwerbsunfähiger Personen werden.

Ein derartiger Typ ist das *Prinzeß-Marien-Stift* (Bezirksstift des amtshauptmannschaftlichen Bezirkes Schwarzenberg). Es besteht seit 1875 und ist 1914/15 neu erbaut. In einem gemeinsamen Gebäude, aber in besonderen Abteilungen, sind Sieche, Versorgte, Besserlinge (jugendliche), Kinder und Säuglinge untergebracht, und außerdem ist noch ein öffentliches Krankenhaus angegliedert. 40 Plätze sind für versorgte Männer, 45 für versorgte Frauen, 40 Plätze für Kinder von 2—14 Jahren, 13 Plätze für Säuglinge, 40 für Besserlinge von 14—20 Jahren, 22 für das Krankenhaus vorgesehen, und endlich werden in einer besonderen Kinderabteilung noch 35 Betten für erholungsbedürftige Kinder zur Verfügung gehalten.

Aber die gemeinsame Unterbringung von Menschen, deren Gesundheitszustand und moralische Qualität so verschieden sind, ist nur ausnahmsweise dort am Platze, wo die Errichtung von Sonderanstalten für die einzelnen Gruppen nicht lohnt. Auch dann sollte sie lediglich in der Form vorgenommen werden, daß auf gleichem Areal die einzelnen Personengruppen in verschiedenen Häusern, weit getrennt voneinander, untergebracht sind. Schob sagt mit Recht: „Mit dem Korrektionär halten Arrestzelle und Arbeitszwang ihren Einzug. Arrestzelle und Krankenanstalt sind aber Begriffe, die nach modernen Anschauungen unbedingt nicht zusammengehören".

Einen derartigen Typus stellen die *Bezirkspflegeanstalten* des Bezirksverbandes der Amtshauptmannschaft *Pirna* dar; sie haben je ein besonderes Haus für Korrektionäre,

Versorgte und Sieche. Das Versorgungshaus für Kinder ist völlig ausgegliedert und befindet sich an einem benachbarten Ort.

Nicht selten ist auch in kleineren Verhältnissen ein Altersheim mit einem Waisenhaus, Kinderheim oder Mütterheim im gleichen Gebäude untergebracht. Dabei ist eben die Tatsache, daß es sich um hilfs- und fürsorgebedürftige Personen handelt, allein ausschlaggebend gewesen. Befindet sich das Altenheim zusammen mit einem Säuglingsheim in demselben Hause, so müssen hygienische Mindestforderungen erfüllt sein, die oft nicht beachtet werden. Wie bei Reihenuntersuchung an den Insassen des Berliner Hospitals Buch festgestellt wurde (Goldmann und Wolff), haben mindestens 2,7% der alten Leute eine ansteckende Tuberkulose der Lungen, die durch Altersveränderungen verdeckt wird und unerkannt bleibt. Die Gefährdung der Säuglinge durch solche alten Huster und Spucker, bei denen die Übertragungsmöglichkeit durch eine gewisse Unachtsamkeit häufig noch erhöht wird, ist also außerordentlich beträchtlich. Es muß daher die Forderung erhoben werden, die Verbindung von Säuglings- und Altenheim grundsätzlich zu vermeiden, mindestens aber bei gemeinschaftlicher Unterbringung von Säuglingen und alten Leuten in einem Gebäude von vornherein dafür zu sorgen, daß beide Gruppen, auch in den Gärten und Tagesräumen, streng voneinander getrennt sind; im übrigen muß an die Gefahren, die von den „alten Hustern" drohen, immer gedacht und jedes Mittel der Diagnostik erschöpft werden. Die klinische und röntgenologische Untersuchung wird grundsätzlich durch sorgfältige, nötigenfalls mehrfach wiederholte Auswurfsuntersuchung ergänzt werden müssen. — Endlich findet sich auch gelegentlich die Zusammenlegung eines Altersheimes mit einem Obdach für vorübergehenden Aufenthalt, um den geeigneten Hilfsbedürftigen den Übergang zur Dauerunterbringung zu erleichtern, so in Charlottenburg und Barmen.

Die neuere Entwicklung zielt dahin, *Altersheime zu Mittelpunkten der gesamten Fürsorge für alte Leute* zu machen, indem man Rentnerküchen, Wärmestuben und Volksspeisehallen dort hinein verlegt.

So ist im Verwaltungsbezirk Prenzlauer Berg in Berlin die *Kombination zwischen Wohnheim und Tagesaufenthalt* mehrfach durchgeführt. Eine kleinere Zahl von Rentnern haben in Einzelzimmern feste Wohnung, die außerdem vorhandenen größeren Aufenthaltsräume stehen nicht nur den Heiminsassen, sondern auch anderen Klein- und Sozialrentnern zur Verfügung. Ursprünglich war die Einrichtung als bessere Wärmehalle gedacht, die Entwicklung ging aber schnell darüber hinaus. Die alten Leute erhalten jetzt nicht nur auskömmliche Verpflegung zu billigen Preisen, sondern finden auch Zeitungen und eine kleine Bücherei vor. Unterhaltungsabende und Vorträge werden veranstaltet und Verdienstmöglichkeiten durch Vermittlung von Heimarbeit geschaffen. In dem Rentnerheim Greifswalder Straße 225 wohnen 9 Kleinrentnerinnen und verkehren täglich 100—150 Rentnerinnen; im Rentnerheim Schönhauser Allee 140 sind ständig 12 Klein- und Sozialrentner untergebracht und 70—100 gehen täglich ein und aus. Hier wurde die Küche selbst bewirtschaftet und einer Kleinrentnerin unterstellt. An dem Mittagstisch, der für 25 Pfg. verabfolgt wird, beteiligen sich täglich 72 Personen.

d) Die Leistungen der verschiedenen Anstaltstypen.

Die *Leistungen der Altersheime* bestehen in der Hauptsache in der Gewährung einer *Unterkunft*. Die eine Gruppe der Anstalten beschränkt sich darauf, lediglich unentgeltlich Wohnungen zur Verfügung zu stellen. In Süddeutschland und in den Hansastädten hat sich ein besonderer Typus von Anstalten entwickelt, der dem Verantwortungs- und Solidaritätsgefühl reichbegüteter Kaufherrengeschlechter seinen Ursprung verdankt, die sog. *Wohnstifte*. Außer den Wohnräumen, die unentgeltlich, zum Teil unmöbliert, überlassen werden, bleibt die Beschaffung alles anderen, Heizung, Beleuchtung, Verpflegung, Wäschereinigung, Bedienung den Insassen selbst überlassen. Die Heime sind nach ihrer ganzen Einrichtung nur

für Gesunde bestimmt und lehnen Pflegebedürftige ausdrücklich ab. Einzelpersonen oder auch Ehepaare erhalten abgeschlossene Kleinwohnungen oder Zimmer.

Die *Vaterstädtische Stiftung* in *Hamburg* enthält einen ganzen Komplex von 9 Stiftsgebäuden mit 350 Wohnungen in der Größe von 1—2 unmöblierten Zimmern für Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben.

Das *Reventlow-Stift* in *Altona* besteht aus Kirche, Pastorat, Organistenwohnung und 5 Stiftsgebäuden mit je 50 Wohnungen aus Wohnzimmer, Schlafzimmer und Küche.

Außer der Wohnung wurde aber auch nicht selten noch eine Geldbeihilfe gewährt, um den Insassen, die keine genügenden Einkommen oder Vermögen hatten, die Möglichkeit zur Bestreitung des Lebensunterhaltes zu geben. So wurde früher Kohlengeld im Herbst, Lichtgeld, ein Zuschuß für Weihnachtslebensmittel, ein Holzgeld gezahlt, dafür aber zur Aufnahmebedingung gemacht, daß die öffentliche Armenpflege nicht in Anspruch genommen war.

Ein solches Beispiel ist das *St. Rembcrti-Stift* in *Bremen*. Es hat in 45 Häusern 105 selbständige Wohnungen mit Plätzen für etwa 130—150 Personen. Die Anwärter müssen mindestens das 40. Lebensjahr zurückgelegt haben, unbescholten sein und die stadtbremische Gemeindeangehörigkeit erworben haben; sie kommen zunächst in eine Warteliste. Hierfür wird ein Einkaufsgeld erhoben, das je nach der Größe der gewünschten Wohnung und nach dem Alter des Anwärters verschieden hoch ist. Als Zeichen der Anwartschaft wird ein sog. „Prövenbrief" ausgestellt; in der Reihenfolge der Meldungen wurde bis zur Zeit des Währungsverfalls aus Stiftsmitteln zunächst eine lebenslängliche jährliche Rente ausgezahlt. Eine frei werdende Wohnung wird dem Inhaber des Prövenbriefes nach der Reihenfolge des Einkaufs angeboten. Bei Erteilung der Wohnung sind noch Nachzahlungen zu leisten. Für Instandhaltung haben die Prövener selbst zu sorgen.

Hier und da hat man die Trennung nach Ständen vorgenommen. So ist in einem Stifte der „Hof" für Handwerksmeister- und Beamtenfrauen, der „Gang" für Arbeiterfrauen bestimmt gewesen.

Diese Einrichtungen sind also letzten Endes *Freiwohnungen*, ihre Bedeutung hat durch die Entwertung der Stiftungskapitalien erheblich verloren.

Eine verwandte Form der Anstaltsfürsorge zu verbilligten Bedingungen ist in dem *Nürnberger städtischen Altersheime* verkörpert, das im August 1923 eingeweiht wurde (s. S. 186).

Die Anstalt liegt frei inmitten von Gärten und besteht aus zwei zweigeschossigen Hauptflügeln für die Einzelräume und einem kürzeren Flügel für Gemeinschaftsräume. Sie enthält im ganzen 105 Wohnungen, die meist aus großem Wohnzimmer, Bettnische und kleiner Küche bestehen. Im einzelnen sind vorhanden: 67 Einzelzimmer mit Küche für je einen Insassen; 2 Einzelzimmer mit Küche für je 2 Insassen (Geschwister); 2 Doppelzimmer mit Küche für je ein Geschwisterpaar; 23 Doppelzimmer mit Küche für je ein Ehepaar; zehn Siechenzimmer ohne Küche für je eine Person; 1 Siechenzimmer ohne Küche für 2 Personen. Außerdem sind 2 Krankenzimmer mit zusammen 5 Betten vorhanden. Den Insassen steht außer der eigentlichen Wohnung mit Küche eine abschließbare Kellerabteilung sowie ein nicht abschließbarer Teil auf dem Boden für Unterbringung kleinerer Einrichtungsgegenstände zur Verfügung. In der Küchennische ist eine zweiflammige Gaskochvorrichtung mit Münzwertmesser angebracht. Die Wohnräume haben elektrische Beleuchtung. Als Ergänzung der Einzelräume sind zahlreiche Plaudernischen und Loggien vorhanden, ferner Gesellschaftsräume, ein Saal, Unterhaltungszimmer, Gartenhalle und Gartenpavillon, Waschküche, Bügelzimmer, Trockenboden und allgemeines Bad. Ihre Benutzung steht allen Insassen frei.

Als Mietzins wird ein Betrag erhoben, der von einer besonders niedrig angesetzten Grundmiete berechnet wird. Die Insassen haben also eine verbilligte Wohnung, wirtschaften aber im übrigen selbst und müssen für ihren Unterhalt aufkommen. Für die Aufnahme gilt als Grundsatz, daß eine Wohnung von mindestens 2 Zimmern mit Küche, die zur Unterbringung einer Familie geeignet ist, frei gemacht wird. Im übrigen werden wirtschaftlich schwächere und ältere vor jüngeren Personen bevorzugt. Insassen, die im Laufe der Zeit pflegebedürftig werden, kommen in die Siechenzimmer, werden dort durch eine Fürsorgerin betreut und von der Anstalt gegen einen angemessenen Verpflegungssatz auch beköstigt. Ärztliche Versorgung ist nicht inbegriffen. Die Wahl des Arztes steht den Insassen frei; bei Bedürftigkeit tritt die öffentliche Wohlfahrtspflege für Arzt und Arznei ein.

Wesentlich wichtiger für die Sozialhygiene sind diejenigen Anstalten, bei denen die Wohnung nur ein Bestandteil der gesamten Leistung ist. Bei der Unterbringung war es lange Zeit Brauch, jedem ein möglichst abgeschlossenes Heim zu bieten. Es besteht entweder aus Wohn- und Schlafstube, aus einzelnen größeren Zimmern oder aus einem besonderen Schlafraum für jeden Insassen

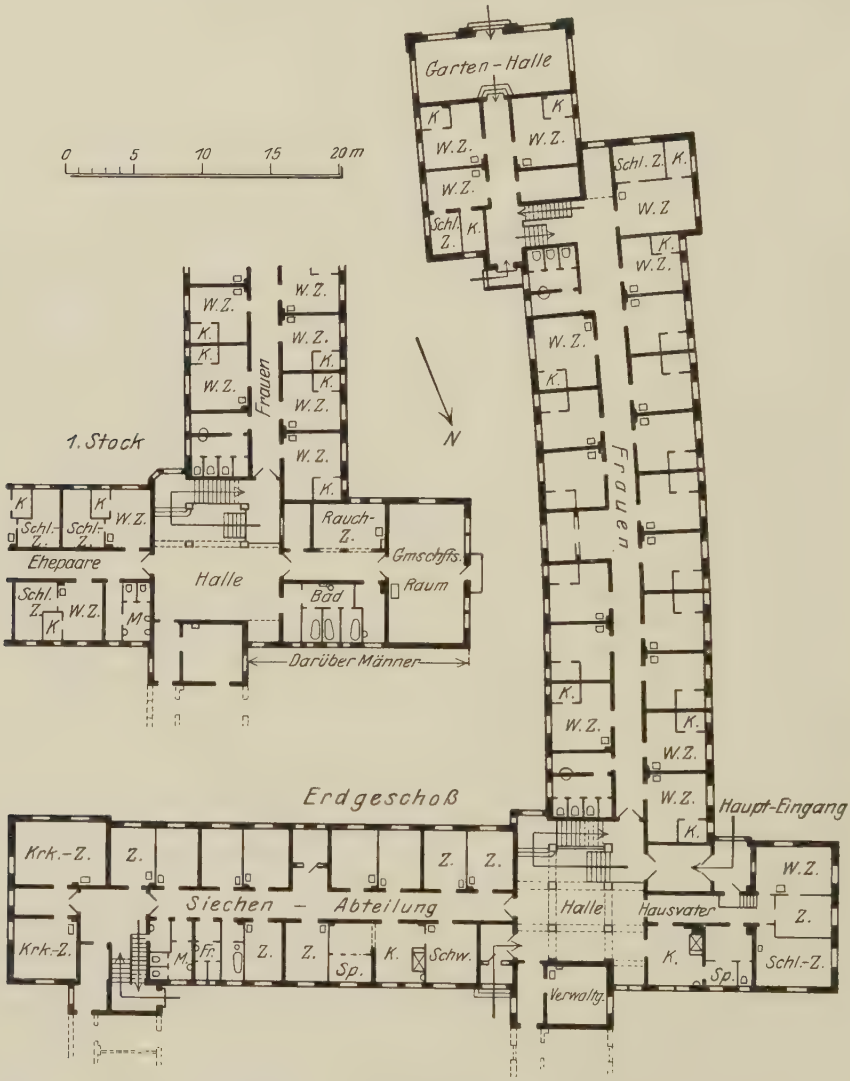


Abb. 8. Städtisches Altersheim Nürnberg. Lageplan.

und gemeinsam zu benutzenden Tagesaufenthaltsräumen. Aber selbst bei stärkster Rücksichtsnahme auf den verständlichen Wunsch der Insassen, ihre Welt für sich zu haben, bedeutet doch diese Einrichtung eine merkliche Verteuerung der Anlage und erschwert die Hilfeleistung der Insassen untereinander. Neuere Anstalten sind daher von dem Grundsatz abgegangen, nur Einzelzimmer zu benutzen.

Das Altenheim in *Altona-Bahrenfeld*, das noch im Ausbau begriffen ist, sieht Zimmer für je 2 Personen vor, je 15 Zimmer sind zu einem Wohnhause zusammengefaßt. In *München* steht die Errichtung eines Altersheimes bevor, das kleine Räume für 2—5 Personen enthalten soll. Versuche, die den Reiz der Romantik, aber den Mangel der Hygiene haben, sind im *Heiliggeisthospital* in *Lübeck* gemacht, wo in eine ehemalige Kirche eine Reihe kleiner Kojen nach Art von Schiffskabinen eingebaut sind.

Der Gedanke der *Hausgemeinschaft*, der gemeinsame Benutzung von Tagesräumen und Küchen vorsieht und mehrere Pfleglinge zusammen in Schlafräumen unterbringt, scheint sich gegenüber der strengen Abschließung jedes einzelnen immer mehr durchzusetzen.

In den älteren Anstalten hatte man die Ausstattung der Räume mit *Mobiliar* den Insassen meist selbst überlassen. Bei einer Umfrage im Jahre 1921 verlangten von 901 Anstalten 406, daß die gesamte Inneneinrichtung mitgebracht wurde, nur 215 verzichteten von vornherein darauf. Die neueren Anstalten gestatten zwar meist, daß eigene Sachen benutzt werden, liefern aber fehlende Stücke nach. Dabei sind keine Einzelheiten vorgeschrieben. Verlangt wird nur, was zur wohnlichen Einrichtung eines Zimmers nötig ist. Früher war eher eine gewisse Beschränkung des Mobiliars nötig, da die Alten aus Gefühlsgründen eine Unmenge Hausrat aufzustapeln liebten, was der häuslichen Hygiene nicht immer förderlich war. Neuerdings fällt auch dieses Moment infolge der allgemeinen Verarmung weg. Eher kommt es vor, daß den Aufnahmesuchenden der Eintritt in die Privatanstalten wegen zu hoch gespannter Anforderungen unmöglich ist. Personen, die ihre Unterbringung selbst bezahlen, wird beim Mitbringen von Einrichtungsgegenständen häufig eine Ermäßigung des Pflegesatzes zugestanden.

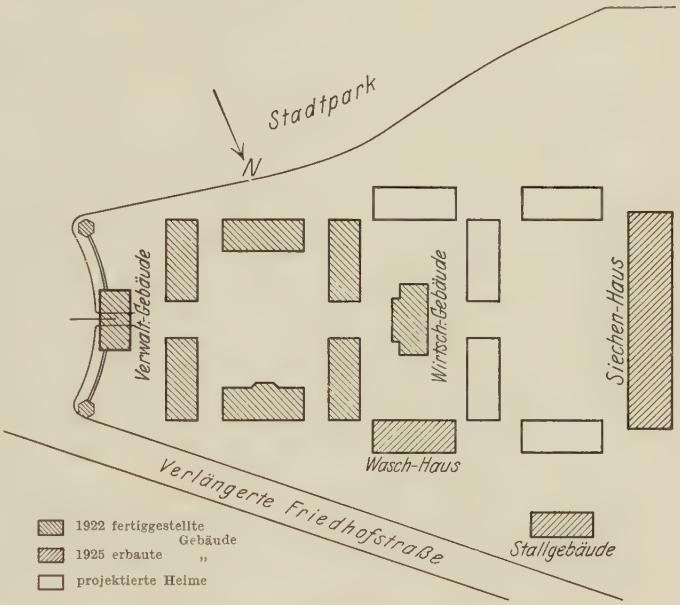


Abb. 9. Altenheim der Stadt Altona. Lageplan.

Während die *Beleuchtung*, wenn auch oft in einfachster Form, von der Anstalt geliefert wird, wird *Heizung* nicht selten noch durch Geldzuschüsse für Beschaffung von Feuerungsmaterial, sog. Holz- oder Kohlengeld, statt der Leistung in natura abgegolten, die Herdfeuerung oder das Kochgas wird meist unentgeltlich abgegeben.

In der *Beköstigung* sind im wesentlichen die fakultative und die obligatorische Form zu unterscheiden. Zum Teil bleibt es den Insassen überlassen, in der eigenen Küche für sich selbst zu kochen. Der Vorteil, nach eigenem Geschmack und eigenen Neigungen zu leben, mag bestechen, der Nachteil, daß erzwungene Sparsamkeit sich durch systematische Unterernährung rächt, wird im allgemeinen überwiegen. Eine Reihe von Anstalten hält statt der Einzelküchen in der Wohnung

eine gemeinsame Küche zur freien Benutzung. Die weitaus größere Zahl der Anstalten übernimmt aber selbst die volle oder teilweise Verpflegung der Insassen. Dabei bleibt es den Pfleglingen freigestellt, ob sie am gemeinsamen Tische teilnehmen wollen. Andere Anstalten erklären sich nur im Krankheitsfalle bei Unbemittelten oder gegen besondere Zuschüsse zur Verpflegungsleistung bereit.

Das *Augsburger paritätische Hospital*, eine Pfründneranstalt aus dem Jahre 1631, bietet den Anstaltsinsassen Morgenkaffee für den Monatspreis von 1 Mark und Mittagessen für den Monatspreis von 5 Mark an, hat aber auch daneben Küchen, in denen die Insassen nach ihren Wünschen kochen können.

Viele Anstalten sind zum System der obligatorischen Verpflegung durch die Anstaltsküche übergegangen. Allerdings beschränkt man sich zum Teil darauf, die Hauptmahlzeit, das Mittagessen, zu liefern, eine Gewähr, daß der Nahrungsbedarf gedeckt wird, ist also nicht gegeben. Mehr als die Hälfte der Anstalten mit obligatorischer Verpflegung übernehmen die gesamte Beköstigung — insbesondere die neueren größeren Anstalten —, was zweifellos dem Zwecke des eigentlichen Altersheimes unter den veränderten wirtschaftlichen Zuständen mehr entspricht. Hierfür sind im allgemeinen eigene Anstaltsküchen vorhanden. Nur kleinere Anstalten beziehen die Speisen vielfach aus der Nachbarschaft, insbesondere aus Krankenhäusern.

Zu diesen wichtigsten Leistungen treten noch eine Reihe anderer.

Für die *Bekleidung* und *Wäsche* wird nur vereinzelt bei dringendem Bedarfe durch die Anstalt gesorgt. Im Gegenteil ist eine wesentliche Bedingung zur Aufnahme sogar ein bestimmter Besitz an Ausstattung. Wohl aber wird während des Anstaltsaufenthaltes die Reinigung und Ausbesserung übernommen. Die ärztliche Versorgung ist darauf aufgebaut, für den Bedarfsfall über einen Arzt verfügen zu können, sei es, daß ein sog. Hausarzt für einen bestimmten Pauschaljahresbetrag verpflichtet ist, sei es, daß der in der offenen Wohlfahrtspflege tätige Arzt unter den hier geltenden Bedingungen die Behandlung übernimmt. Je nach dem Arztsystem ist die freie Wahl unter allen Ärzten, unter allen Wohlfahrtsärzten oder die Heranziehung des für den Bezirk der Anstalt zuständigen Wohlfahrtsarztes üblich. Ähnlich ist freie Gewährung von Arznei und kleinen Heilmitteln, insbesondere die sehr wichtige Verschreibung von Brillen und Bruchbändern, entweder aus Mitteln der Anstalt oder auf Kosten der öffentlichen Wohlfahrtspflege, allgemein üblich.

Taschengeld zahlen die privaten Anstalten nach dem Verlust der Stiftungskapitalien nicht mehr, sondern im allgemeinen nur die öffentlichen. Das ist eine gewisse Härte für die Mehrzahl der Insassen, die ja im großen und ganzen mittellos sind; ein Ausgleich kann erfolgen, wenn die in Frage kommenden Fürsorgeträger neben den Kosten des Anstaltsaufenthaltes die Zahlung des geringfügigen Mehrbetrages für persönliche Bedürfnisse übernehmen.

Besondere Bestimmungen sind noch über die *Beerdigung* getroffen. Während sie früher von der Anstalt ausnahmsweise unentgeltlich ausgeführt, im allgemeinen aber von der Einzahlung eines besonderen Betrages zur Bestreitung der Begräbniskosten bei der Aufnahme abhängig gemacht wurde, wird heute die öffentliche Wohlfahrtspflege hierfür häufig in Anspruch genommen werden müssen.

Eine Anstalt, die für den gesamten Lebensunterhalt ihrer Insassen aufkommt, ist z. B. das neue städtische *Altenheim Altona-Bahrenfeld*. Es soll in Form einer Siedlung auf einem 4 ha großen Gelände nahe dem Stadtpark erstehen und in einer größeren Zahl von Wohnpavillons 1000 Personen aufnehmen. Die Wohnpavillons sind einstöckige Häuser, die von Rasenplätzen mit Rosenanlagen umgeben sind. In jedem Hause sind 15 Schlafzimmer für je 2 Personen, ein gemeinschaftlicher Tagesraum, ein Raum für die Aufsicht und Nebenräume vorhanden. Die einzelnen Zimmer sind mindestens mit 2 Betten, 2 Stühlen, 1 Tisch, 1 Waschtisch mit Zubehör und einem Doppelschrank für Kleider ausgestattet. Jeder Pavillon ist mit Wasserleitung und Klosettanlage versehen und wird an die Zentral-

heizung angeschlossen. Der erste Bauabschnitt, der bereits fertiggestellt ist, besteht aus 6 Wohnpavillons, einem Wirtschafts- und einem Verwaltungsgebäude. Das zweistöckige Wirtschaftsgebäude enthält im unteren Stock Küchenräume, im Keller Gemüse-, Putz- und Vorratsräume, im oberen Stock ein Sitzungszimmer und Räume für das Küchen- und Wirtschaftspersonal; der Boden dient als Vorratskammer für Lebensmittel. Das zweistöckige Verwaltungsgebäude enthält im Keller eine provisorische Badeeinrichtung, im Erdgeschoß Zimmer für Arzt, Apotheke, Bureau, Hauswart und Heimbibliothek; im Obergeschoß sind Wohnungen für die Krankenschwester und den Anstaltsleiter. Der Lageplan zeigt die Anordnung der einzelnen Gebäude (s. S. 187).

Die Altersheime verlangen also von ihren Insassen noch eine gewisse Selbständigkeit. Zum mindestens müssen die Insassen imstande sein, die Stube in Ordnung zu halten und für sich selbst ohne wesentliche fremde Hilfe zu sorgen. Infolgedessen ist es auch möglich, mit einem recht geringen *Personalbestande* in Altersheimen auszukommen. Außer einer Leitung ist nur noch Hauspersonal für die gröberen Arbeiten, Wirtschaftspersonal und unter Umständen eine geringe Zahl Pflegepersonen nötig. Die Leitung haben häufig Verwaltungsbeamte, in Süddeutschland sehr häufig Geistliche oder Ordensschwestern und oft auch, besonders in Sachsen, „Hauseltern". Bei kleineren Anstalten in ländlichen Gebieten arbeiten die Schwestern der Anstalt auch gleichzeitig in der Gemeindepflege, wie mehrfach in Schlesien und Ostpreußen.

Die *Hospitäler zum heiligen Geist* und *St. Georg in Berlin*, Wohnstifte mit etwa 285 Plätzen haben 1 Hausverwalter, 2 Pförtner, 1 Ordensschwester und 2 Wartefrauen. Die *Lange-Schucke-Stiftung in Berlin*, gleichfalls ein Wohnstift, hat lediglich 1 Hausvater und 1 Pförtner angestellt; in beiden Anstalten werden die Verwaltungsgeschäfte ehrenamtlich von städtischen Beamten erledigt. Das *Nürnberger städtische Altersheim*, das für die Mehrzahl der Insassen nur die Unterbringung gewährt, hat bei 105 Plätzen 1 Hausvater, 1 Dienstmädchen, 1 Fürsorgeschwester und 1 Helferin. Beispiele für den Personalbedarf in Vollanstalten seien Augsburg, Altona und Kiel. Für das 269 Plätze enthaltende *paritätische Hospital in Augsburg* sind 1 Verwaltungsinspektor der Besoldungsgruppe VII, 2 Verwaltungsbeamte, 1 Rote-Kreuz-Schwester und 11 Hausmädchen vorhanden, welche gleichzeitig auch die paritätische Versorgungsanstalt mit 42 Plätzen mit versorgen. Das *Altonaer Altenheim* hat für jedes Wohnhaus (30 Personen) 1 Haushelferin, abgesehen davon eine staatlich geprüfte Krankenpflegerin und 1 Wärter für den Krankendienst, 1 Wirtschaftsvorsteherin für die Hauswirtschaft, 1 Küchenvorsteherin, 1 Praktikantin, 2 Küchenmädchen für den Küchenbetrieb (180 Personen, außer dem Personal). Das *Kieler städtische Siechenheim*, das trotz seines Namens mehr den Charakter eines Altersheimes hat, versorgt 23 Männer und 15 Frauen und braucht dazu 1 Verwalter der Gruppe V, 2 Haus- und Küchenmädchen, 1 Köchin und 1 Knecht.

e) Aufnahmebedingungen und Kosten.

Die Aufnahmebedingungen für die Altersheime sind so mannigfaltig wie die Bestimmungen über ihre Leistungen. Ganz allgemein werden Ortsangehörige gegenüber Auswärtigen bevorzugt. Unter der Wirkung des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz wurden sogar früher häufig überhaupt nur Personen des gleichen Wohnbezirks aufgenommen. Die Begrenzung auf Angehörige einer bestimmten gesellschaftlichen Schicht findet sich nicht selten unter den von privater Seite unterhaltenen Stiften. Da die öffentlichen Anstalten früher vorwiegend den Charakter eines Armenhauses trugen und auf die Lebensgewohnheiten und Ansprüche der untersten Schichten der Bevölkerung zugeschnitten waren, machte sich das Bedürfnis geltend, für Angehörige sozial gehobener Schichten Einrichtungen zu schaffen, die ihrer Vergangenheit und ihren Wünschen mehr entsprach. Derartige Bestimmungen beziehen sich vor allen Dingen auf die Angehörigen der freien Berufe, die ja an sich durch den Mangel irgendeines Schutzes gegen Invalidität und Alter ganz besonders benachteiligt sind.

So sind eine Reihe von Heimen für Privatlehrerinnen, Erzieherinnen, Künstler bestimmt; die Aufnahmebedingungen besagen ausdrücklich, daß die Anstalt den Gebildeten einen sorgenfreien Lebensabend verschaffen soll. Auch für Dienstboten und Hausangestellte

ist in dieser Weise vielfach gesorgt worden. Schließlich haben Innungen und Berufsverbände für ihre Angehörigen eigene Heime errichtet, und Wohlfahrtsorganisationen sind für Krankenpflegepersonal eingetreten, indem sie in einzelnen Anstalten Mutterhaus und Altersheim vereinigten. In Berlin unterhält die Handelskammer ein Heim für Kaufleute und vereidete Makler und deren Angehörige, eine Stiftung ist für Tuchmacher, Baumwoll- und sonstige Weber, eine andere für Kaufleute vorgesehen, hier werden Töchter von Handwerkern mit besonderer Bevorzugung von Bäckern, dort nur höhere und mittlere Beamte oder nur Lehrerinnen und Pfarrersangehörige aufgenommen.

In letzter Zeit sind die Kleinrentner in den Mittelpunkt des Interesses gerückt, und es sind besondere Heime für sie gegründet worden, die jedenfalls den Vorteil haben, daß sie eine bestimmte Vermögensgrenze und einheitliche Beurteilung zugrunde legen.

Das Glaubensbekenntnis spielt in der Regel keine wesentliche Rolle. Die größere Hälfte der Heime nimmt Anhänger aller Religionsgemeinschaften auf. Unter den privaten Anstalten, die von konfessionellen Organisationen unterhalten werden, werden häufig die Angehörigen der betreffenden Konfession bevorzugt oder nur allein aufgenommen.

Die wesentlichsten Bestimmungen beziehen sich auf die *Altersgrenze*. Mehr als die Hälfte aller Anstalten lassen diese Frage offen. Andere hingegen, die eine Grenze setzen, tun dies nach Gesichtspunkten, die für planwirtschaftliche Erwägungen keine Geltung haben können. So sind die Alter unter 60 grundsätzlich zunächst von der Aufnahme auszuschließen, Ausnahmen sollten nur dann gemacht werden, wenn in Einzelfällen bereits früher völlige Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Denn wenn auch mangels geeigneter Massenbeobachtungen der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität für den Durchschnitt der Bevölkerung nicht mit Sicherheit zu bestimmen ist, so zeigen doch die Erfahrungen des Reichsversicherungsamtes aus der Zeit vor Einführung der Altersrenten, daß etwa vom 60. Lebensjahre an die Zahl der wegen Invalidität gewährten Renten absolut und relativ sehr schnell und stark ansteigt. Aber auf der anderen Seite erscheint es auch untunlich, erst die Erreichung des 70. Lebensjahres zur Aufnahme in ein Altersheim zu verlangen. Empirisch sind bei vielen kommunalen Anstalten die Entscheidungen bereits dahin gefallen, daß das 60. Lebensjahr bei der Aufnahme vollendet sein muß.

Zur *Deckung der Kosten* erheben viele Anstalten ein Einkaufsgeld. Durch eine einmalige größere Einzahlung kann der Anspruch auf lebenslängliche Versorgung erhoben werden. Die Höhe dieser Einzahlung wird nach dem Alter beim Eintritt, nach der Vermögenslage, der Größe und Ausstattung der Zimmer abgestuft. Statt dieses Systems des *Einkaufs* ziehen es andere Anstalten vor, beim Eintritt nur ein geringfügiges Eintrittsgeld, dafür für die Dauer des Aufenthaltes *laufend Beiträge* zu erheben, andere verzichten auch gänzlich auf die erste Einzahlung und erhöhen den Pflegesatz soweit, daß die Unkosten gedeckt werden können. Besonders private Anstalten verlangen bei der Aufnahme die Hinterlegung einer als Sterbegeld bezeichneten Summe, aus der die Kosten der Beerdigung bestritten werden. Neben den Vollzahlern sind fast überall einzelne Freistellen vorhanden, für die private Stifter aufkommen, und ferner Ermäßigungen des vollen Pflegesatzes zugunsten bestimmter Personenkreise vorgesehen. Die Höhe des Pflegesatzes schwankt, je nachdem es sich um verschiedene Klassen, Einzelpersonen oder Ehepaare, Beteiligung an sämtlichen Leistungen des Heimes und Vermögende oder Arme handelt, außerordentlich. Angaben von allgemeinerer Gültigkeit lassen sich daher nicht machen, da kaum zwei Altersheime in Deutschland die gleichen Aufnahmebedingungen haben und die Verschiedenheiten des Einkaufsgeldes, Pflegesatzes und der einzelnen Leistungen der Anstalten zahlreiche Kombinationen untereinander ergeben. Durchschnittlich kann für eine Vollanstalt, die sämtliche Leistungen übernimmt, ein Tagessatz von 1,80—2.— Mark (Stand Novemver 1924) angenommen werden.

Insassen, die Renten oder andere Bezüge haben, müssen sich verpflichten, sie zugunsten der Anstalt bis zur Deckung der Unkosten abzutreten. Wenn Beiträge zu Kranken- und Sterbekassen zu zahlen sind, übernimmt die Anstalt häufig die weitere Zahlung, dafür geht das Kranken- und Sterbegeld später an die Anstalt über.

Das mitgebrachte Inventar verfällt nach dem Tode der Inhaber recht häufig auch dann der Anstalt, wenn die Insassen die Kosten ihres Aufenthaltes selbst bestritten haben, ohne weiteres aber bei Freistellen. Bei Insassen, für die öffentliche Stellen eintreten, kommt das gesetzliche Erbrecht in Betracht.

Die persönliche Freiheit der Insassen ist insofern beschränkt, als sie durch die *Hausordnung* an die Zeiten des Aufstehens und Schlafengehens, der Einnahme der Mahlzeiten, des Ausgehens und Empfanges von Besuchen gebunden sind, bei dem Zusammenleben einer größeren Anzahl von Personen eine unabweisbare Regelung. Die Beschränkung der Urlaubstage und -zeiten erregt gelegentlich den Unwillen der Insassen, ist aber unvermeidbar, schon mit Rücksicht auf die Verhinderung von unerwünschten Beschäftigungen außerhalb der Anstalt. Um so wichtiger ist es, den Insassen im Heime reichlich Zerstreuung zu bieten. Ungeahnte Bedeutung hat hier die neueste Errungenschaft der Technik, der Rundfunk gewonnen, es ist zu fordern, daß recht bald alle Anstalten mit Empfangsgeräten ausgerüstet sind und über eine genügende Zahl von Kopfhörern verfügen.

Die *Mitarbeit* der Insassen im Anstaltsbetrieb wird dort, wo die Anstalt die volle Verpflegung übernommen hat, überall verlangt. Sie erschöpft sich aber im Aufräumen des Zimmers und einiger Hilfe bei der Haus- oder Wirtschaftsarbeit. Es ist erstaunlich, daß sich der Gedanke, Altersheime mit *Werkstätten für Erwerbsbeschränkte* zu verbinden, bisher so wenig Bahn gebrochen hat. Eine ganze Reihe alter Leute haben durchaus noch nicht den Wunsch, ihre Tage völlig im Nichtstun zu verleben, sondern feiern gezwungenermaßen, da sich ihnen keine Gelegenheit bietet, nutzbringende Arbeit zu verrichten. Zu ihrer wirtschaftlichen Not tritt die seelische, und sie ertragen nur schwer das Gefühl, „altes Eisen zu sein". Es wäre die folgerichtige Weiterentwickelung des Strebens, Altersheime zu Mittelpunkten der Altersfürsorge zu machen, wenn sie diese Lücke ausfüllten. Daß in manchen Hausordnungen den Insassen jede Bewegungsfreiheit gelassen wird, um sich durch Arbeit außer dem Hause Verdienst zu verschaffen, ist nur ein Eingeständnis, daß die Altersfürsorge eine ihrer wichtigsten Seiten, die Arbeitsfürsorge, aus allerdings verständlichen Gründen noch nicht berücksichtigt.

Im *Lübecker Altersheim und Versorgungsheim* ist ein Versuch gemacht, die Insassen in den Werkstätten für Erwerbsbeschränkte zu beschäftigen.

In ähnlicher Weise ist in *Barmen* die Verbindung einer Werkstätte für einheimische Erwerbsbeschränkte, die in Betrieben nicht unterkommen können, mit einem 50 Betten zählenden Heim für Daueraufenthalt und einer 60 Betten enthaltenden Herberge zum vorübergehenden Aufenthalt für Obdachlose geschaffen, so daß hier der Gedanke, Heimfürsorge in würdiger Form mit Arbeitsfürsorge zu verbinden, verfolgt wird. Im Erdgeschoß des von der Gefängnis-Gesellschaft errichteten Hauses sind die Werkstätten, im 1. Stock Tagesräume, im 2. die Zimmer für die Dauergäste, und im 3. Stock ist das Obdach.

Eine Einrichtung, die bisher ohne Vorbild gewesen ist, hat sich in der Schweiz zuerst durchgesetzt. Eine der ältesten Maschinenfabriken, die Firma *Gebrüder Sulzer A.-G. in Winterthur*, litt besonders darunter, daß eine große Reihe älterer Arbeiter, die jahrzehntelang in ihren Diensten gestanden hatten, mit der Entwickelung der Technik nicht mehr Schritt halten konnten und zum Schutze ihrer Person und im Interesse der Betriebssicherheit von ihrer Arbeitsstelle entfernt werden mußten. Im Herbst 1920 wurde deshalb, da alle anderen Versuche der Fürsorge fehlschlugen, eine besondere *Werkstätte für alte Arbeiter* errichtet. Diese

Alterswerkstatt wurde mit Vorrichtungen für Holz- und Metallbearbeitung ausgestattet, so daß leichtere Arbeiten, die für den Betrieb nötig sind, dort ausgeführt werden können. 15 Arbeiter finden Platz, jeder erhält den gleichen Stundenlohn, den er in seiner früheren Stellung bezog, die Arbeitszeit ist jedoch verkürzt auf die Stunden von 8—12 und $1^1/_4$—5, der Sonnabendnachmittag ist ganz frei. Geeignete Aufträge gibt es reichlich, wie es ja in einem großen Betriebe nicht anders denkbar ist.

Der Grundsatz, freie Wahl zwischen Pensionierung und leichterer Weiterbeschäftigung zu lassen, verdient weiter verfolgt zu werden, wenngleich er im ersten Augenblick in Ländern mit großer Zahl arbeitsloser, noch voll erwerbsfähiger Personen undurchführbar scheinen mag. Es ist durchaus nicht von der Hand zu weisen, daß durch engeres Zusammenarbeiten privater Betriebe mit den Trägern der öffentlichen Fürsorge, ähnlich, wie es in der Schwerbeschädigtenfürsorge bereits geschehen ist, ein Weg gefunden wird, der die völlige Ausschaltung von Personen, die durch ihr Alter erwerbsgemindert sind, vermeidet und die Fürsorge für sie produktiver gestaltet.

Die Ausgaben, die in der offenen Fürsorge entstehen, sind nur unwesentlich von denen verschieden, die die Anstalt macht. Richtsätze, die z. B. in Berlin (Dezember 1924) für die laufende Unterstützung gelten, rechnen bereits mit 36 Mark für einzelne Personen und 54 Mark für ein Ehepaar. Die laufenden Kosten des Betriebes betragen im Lübecker Altersheim etwa täglich 1 Mark, in Altona belaufen sie sich auf 1,67 Mark täglich, davon entfallen auf die Verpflegung der Insassen 0,69 Mark. Allerdings fallen die Kosten der Neuerrichtung einer Anstalt ernst ins Gewicht. Gerade die neueren Anstalten sind in der Inflationszeit begründet, so daß jede Berechnung unmöglich ist. Als Beispiel für die Betriebsunkosten eines Altersheimes, das nur billige Wohnung bietet, sei der *Haushaltsplan für das Altersheim in Nürnberg 1924* angeführt.

Einnahmen.		
Aus den Vorjahren		
Laufendes Jahr:		
I. Vermögenserträgnisse einschl. Mietzinse	1 855	Mk.
II. Zuschüsse und besondere Leistungen:		
Vom Kämmereivoranschlag Nr. 54 zur Deckung der Mehrausgabe (Wohlfahrtsamt)	10 871	„
III. Ersatzleistungen:		
Für gemeinschaftliche Einkäufe, Telephongespräche	7 235	„
IV. Sonstige Einnahmen	20	„
Zusammen:	19 981	Mk.
Ausgaben.		
Auf die Vorjahre		
Laufendes Jahr:		
I. Persönliche Ausgaben	5 166	Mk.
II. Allgemeine Verwaltungskosten	500	„
III. Heilpflege	80	„
IV. Wirtschaftsbetrieb:		
1. Gemeinschaftliche Einkäufe von Heizmaterial, Kartoffeln usw.	7 235	„
2. Innere Einrichtung	2 400	„
3. Sonstige Ausgaben	200	„
V. Ausgaben auf die Gebäude:		
1. Hausgebühren[1])	1 400	„
2. Bauausgaben, Ersatz an Voranschlag 9 (Hochbauverwaltung)	2 800	„
VI. Sonstige Ausgaben	200	„
Summe der Ausgaben: gleich den Einnahmen.	19 981	Mk.

[1]) Hierunter 500 Mk. Rücklage zum Selbstversicherungsfonds gegen Brandschaden.

Gegenüber den Unkosten bei Unterbringung in einem Pflegeheim kann mit einer Verbilligung um etwa die Hälfte gerechnet werden, so daß auch hier weitgehend Ersparnisse für den Fürsorgeträger und die Fürsorgebehörde möglich sind.

Die rechtlichen Beziehungen der Insassen eines Altersheimes erläutert die nachfolgend abgedruckte *Hausordnung für das Altersheim Nürnberg*, ferner sei auf die *Altersheimordnung*, die für *Dresden* seit dem 1. Juli 1920 in Kraft ist, hingewiesen, deren Abdruck aus Raummangel unterbleibt.

Hausordnung für das Altersheim Nürnberg.

I. Allgemeine Bestimmungen.

1. Es ist Pflicht eines jeden Insassen, einen ruhigen, anständigen Lebenswandel zu führen, Nüchternheit, Reinlichkeit und Ordnungsliebe zu üben und in freundlichem Einvernehmen mit den übrigen Mietern und dem Personal des Heims zu leben.

Bei Zwistigkeiten hat derjenige, der sich verletzt fühlt, unter Vermeidung jeder Selbsthilfe seine Beschwerde bei dem Hausvater der Anstalt anzubringen.

2. In allen Räumlichkeiten der Anstalt, in den Höfen und Gartenanlagen ist auf peinlichste Reinlichkeit und Ordnung zu achten; alle der Anstalt gehörigen Gegenstände sind zu schonen. Beschädigungen, welche von Insassen — sei es infolge Unvorsichtigkeit oder dergleichen — verursacht werden, sind von diesen auf eigene Kosten wieder zu beheben.

Mängel in baulicher Beziehung sind dem Hausvater sofort zu melden.

Das Halten von Haustieren ist nicht gestattet; Singvögel dürfen nur nach vorher eingeholter Genehmigung des Pflegers gehalten werden.

3. Liegt begründeter Verdacht vor, daß sich Insassen unsauber halten oder daß bei ihnen Ungeziefer vorhanden ist, so haben sie zu dulden, daß ihre Räume durch den Hausvater oder dessen Beauftragte besichtigt werden. Beim Vorfinden von Ungeziefer sind nötigenfalls die sämtlichen Hausgeräte, namentlich Betten, Matratzen und dergl. einer durchgreifenden Desinfektion auf Kosten des betreffenden Insassen zu unterziehen.

4. In den Gängen, Hallen, Plaudernischen usw. dürfen von den Mietern Möbel, Bilder und dergl. nur mit besonderer Genehmigung des zuständigen Hochbaureferenten untergebracht werden.

5. Das Tor wird in den Sommermonaten (1. April mit 31. Oktober) nachts 9 Uhr, in den Wintermonaten (1. November mit 31. März) nachts 8 Uhr abgeschlossen.

Will ein Insasse über diese Zeiten ausbleiben, so hat er sich mit dem Hausvater wegen Einhändigung eines Hausschlüssels jeweils ins Benehmen zu setzen.

Das Öffnen des Tores erfolgt in der Regel während der Sommermonate früh 6 Uhr, während der Wintermonate früh 7 Uhr.

6. Besuche Angehöriger oder Fremder sind tagsüber gestattet, doch dürfen damit keinerlei Unzuträglichkeiten, insbesondere durch die Insassen besuchende Kinder, durch Lärmen, Springen oder Schreien in oder außerhalb der Zimmer sowie im Garten oder in den Gängen usw. verbunden sein. Kinderwagen müssen im Garten oder in dem Hausflur so aufgestellt werden, daß sie den Verkehr nicht hindern; keinesfalls dürfen sie auf die Wohngänge oder Zimmer gebracht werden.

Nach Torschluß (Ziffer 5) dürfen Besucher in der Anstalt oder im Garten nur mit besonderer, vom Hausvater erteilter Erlaubnis verbleiben.

Das Nächtigen von Besuchern in den Insassenwohnungen ist verboten; doch können — soweit möglich — auswärtige Besucher nach vorheriger Anmeldung beim Hausvater der Anstalt in den vorhandenen Fremdenzimmern gegen angemessene Vergütung übernachten. Die Fürsorgeschwester gibt an solche Besucher auf Verlangen auch einfaches Frühstück gegen entsprechende Bezahlung ab.

7. Den Insassen steht es frei, sich durch Arbeit in oder außer dem Hause Verdienst zu verschaffen; es darf aber hierdurch keinerlei Beeinträchtigung der Hausordnung eintreten und insbesondere die Ruhe der Anstalt nicht gestört werden.

Verlassen Insassen auf längere Zeit (z. B. auf mehrere Tage) ihre Wohnung, so haben sie hiervon den Hausvater vorher zu verständigen, und zwar unter Abgabe der Wohnungsschlüssel und Angabe von Ziel und voraussichtlicher Dauer der Reise usw.

8. Jeder Mieter erhält bei seinem Einzug für seine Wohnung einen Schlüssel ausgehändigt; für den Verschluß des Kellerabteils hat er selbst zu sorgen. Hausschlüssel können nicht verabfolgt werden. Verliert ein Mieter den Wohnungsschlüssel, so hat er für Ersatz auf seine Kosten aufzukommen.

9. Die Reinigung der Hauseingänge, Treppen, Fluren, Aborte, Abortvorräume und sämtlicher Gemeinschaftsräume erfolgt durch den Hausvater bzw. dessen Personal.

10. Werden von Insassen Gegenstände verloren, so ist der Hausvater sofort zu benachrichtigen; gefundene Gegenstände sind ihm sogleich zu übergeben.

11. Die Benützung des Telephons in der Hausvaterwohnung ist gegen Bezahlung der jeweils festgesetzten Gebühren gestattet.

II. Zu beachten für die Wohnungen.

1. Die Wohnräume sind stets sauber und in Ordnung zu halten; auf entsprechendes Lüften ist zu achten.

Verboten ist das Zerkleinern von Heizmaterial, ferner das Waschen und Trocknen der Wäsche in den Wohnungen, Vorplätzen und Gängen. Diese Arbeiten sind ausnahmslos nur an den hierzu bestimmten Orten vorzunehmen. Das gleiche ist zu beachten beim Ausklopfen von Teppichen, Decken und dergl. Diese Geschäfte dürfen nicht auf den Gängen, Vorplätzen oder an den Fenstern vorgenommen werden.

Holz und Kohlen dürfen in größeren Mengen nur im Keller gelagert werden.

2. Öfen und sonstige mit dem Bau verbundene Einrichtungen sind zu schonen. Beim Ausschlacken der Öfen darf nicht zu stark gegen die ausgemauerten Feuerungswände gestoßen werden. Die Bratröhren sowie alle sonstigen Eisenteile sind vor Rost zu schützen. Änderungen an der Feuerung sind ohne vorherige Genehmigung der Verwaltung nicht statthaft.

Anschlüsse oder Änderungen an den Lichtleitungen sind verboten; Kurzschlüsse, Defekte usw. müssen sofort dem Hausvater gemeldet werden. Das Einschlagen größerer Nägel oder Haken in Holzteile (Türen, Fenster usw.) ist untersagt.

3. Namenschilder dürfen nur auf die an jeder Wohnungseingangstür befindlichen Holzschilder aufgeschraubt werden.

Die Durchsichten in den Gangtüren dürfen nicht mit lichtundurchlässigen Stoffen verhängt werden.

Kehricht und Küchenabfälle dürfen nur in die dazu bestimmten Sammeltonnen geworfen werden. Deckel schließen.

Es ist untersagt, Betten, Tücher u. dgl. zum Fenster hinauszuhängen, Gegenstände irgendwelcher Art aus den Fenstern zu werfen, Wasser herauszugießen oder Eßtöpfe, Schüsseln und ähnliche Dinge auf die äußere Fensterbank zu stellen.

Beim Begießen von Blumen vor den Fenstern ist darauf zu achten, daß Wände und Fußböden nicht benäßt werden.

Lose Fensterläden sind alsbald dem Hausvater bekanntzugeben.

4. Werden Gasgerüche wahrgenommen, so darf kein Feuer gemacht werden; der Hausvater ist sofort zu verständigen.

Vorsicht mit Feuer wird zur besonderen Pflicht gemacht; insbesondere darf Asche nur gehörig abgekühlt in den dazu bestimmten Behälter geworfen werden.

5. Die Hauswasserleitung wird bei starker Kälte abgesperrt und entleert. Die Entnahme von Wasser erfolgt dann zu bestimmten, vom Hausvater angesagten Tageszeiten.

6. Die Insassen haben im Verbrauch elektrischen Lichtstromes größtmöglichste Sparsamkeit zu beobachten. Wird bei einzelnen Bewohnern ein außergewöhnlich hoher Verbrauch festgestellt, so wird der betreffende Bewohner zur entsprechenden Ersatzleistung der Mehrkosten herangezogen.

III. Bestimmungen hinsichtlich der Gemeinschaftsräume, Waschküche, Gänge, Vorplätze, Aborte, Böden, Keller usw.

1. Im Saal, Unterhaltungs- bzw. Spielzimmer, in der Teeküche müssen beim Verlassen stets die Fenster geschlossen werden. Bei Dunkelheit nach Fortgang Licht ausschalten!

2. Bei Benützung der Waschküchen ist jede übermäßige Wasserentnahme zu vermeiden. Die benützten Einweichbottiche und Waschkessel sind nach Gebrauch sauber auszuwaschen. Die Feuerung und das Aschenloch des benützten Waschkessels sind vor Verlassen der Waschküche von allen Aschenresten zu säubern.

Diejenigen Parteien, welche die Waschküche gemeinsam benützen, haben auch gemeinsam für Reinigung des Fußbodens zu sorgen. Besonders ist darauf zu achten, daß ein Verstopfen des Bodenablaufs nicht eintritt. (Kein Abheben des Deckels vom Ablauf, da sonst leicht Kohlen und Aschenteile in die Abflußleitung geschwemmt werden können.) Beim Verlassen der Waschküchen sowie des Bügelzimmers ist nach eingetretener Dunkelheit stets das Licht auszuschalten. Die Fenster sind zu schließen.

3. Trockenboden und Möbelboden dürfen nach Eintritt der Dunkelheit nicht mehr betreten werden. Auf keinen Fall ist es erlaubt, mit offenem Licht (Kerze oder dgl.) die Bodenräume zu betreten.

Die Trockenböden sind nach Benutzung sauber zu kehren, wenn nötig, auch zu fegen.

4. Die gemeinsamen Ausgüsse sind stets sauber zu halten. Küchenreste, wie Kaffeesatz, Teeblätter, Gemüseabfälle, Obstkerne u. dgl., dürfen nicht in die Ausgüsse hineingeschüttet

werden. Der Zapfhahn ist nach Gebrauch stets ordentlich zuzudrehen. Aufhängen von Gefäßen an den Zapfhahn ist nicht erlaubt.

Störungen an der Wasserleitung (z. B. Überdrehen der Zapfhähne) sind sofort dem Hausvater zu melden.

5. Bezüglich der Abortanlage beherzige jeder den Wahlspruch: „Verlasse diesen Ort in Ordnung und Reinlichkeit, wie du ihn wünschest anzutreffen!"

Lumpen, dickes Papier, Küchenabfälle oder ähnliches dürfen nicht in den Abort geworfen werden.

Verstopfungen der Aborte, ständiges Laufen der Spülleitungen sind sogleich beim Hausvater anzuzeigen.

Abortvorräume sowie die Aborte selbst dürfen nicht zum ständigen Abstellen von Eimern, Kisten, Besen u. dgl. benützt werden.

6. Die Zapfstellen und Ausgüsse im Abortvorraum (direkt vom Flur zugänglich) dienen der allgemeinen Wasserentnahme (Gebrauchswasser für den Haushalt), während die Zapfstellen und Ausgüsse in den eigentlichen Aborträumen ausschließlich für das Reinigen der Putzeimer, Nachtgeschirre usw. bestimmt sind. Beachtung dieser Scheidung und Reinlichkeit bei jedem Ausguß ist unbedingte Pflicht der sämtlichen Insassen.

7. Die Gangabschlußtüren müssen stets eingeklinkt werden. Nicht zuschlagen!

Das Herunternehmen von Bildern in den Gängen und Gemeinschaftsräumen ist nicht erlaubt.

8. Die Kellerräume sind möglichst nur am Tage aufzusuchen. Wenn nach Eintritt der Dunkelheit von Insassen die Kellerräume betreten werden, so ist streng darauf zu achten, daß beim Verlassen des Kellers alle Lampen wieder ausgeschaltet werden.

Jedem Wohnungsinhaber wird im eigensten Interesse dringendst anempfohlen, sein Kellerabteil stets unter Verschluß zu halten, da die Anstaltsverwaltung für etwa eintretende Verluste keine Haftung übernimmt.

9. Jeder Insasse ist verpflichtet, allenfallsige Verunreinigungen der Aborte, Kellertreppen, des Hauseinganges usw. — z. B. hinsichtlich des Hauseinganges und der Kellertreppe bei Anlieferung und Einschaffung von Kohlen oder ähnlichem — entweder selbst zu beseitigen oder auf seine Kosten beseitigen zu lassen.

10. Für die Benutzung der Badeanlage bleibt die Aufstellung einer besonderen Ordnung vorbehalten, ebenso für die Waschküche, den Trockenboden und Bügelraum.

IV. Schlußbestimmungen.

Die unmittelbare Überwachung der Hausordnung obliegt dem Hausvater. Die Aufstellung geeigneter Hilfsorgane aus dem Kreise der Anstaltsinsassen (Gangälteste) bleibt vorbehalten. Den Weisungen des Hausvaters ist stets Folge zu leisten.

Mit der Fürsorge für die Bewohner des Altersheims ist eine besondere Fürsorgeschwester betraut. Dieselbe wird den sämtlichen Insassen jederzeit mit Rat und Tat an die Hand gehen.

Zuwiderhandlungen gegen die Hausordnung werden durch die Verwaltung gerügt. Bei grober Verletzung der Hausordnung treten die Bestimmungen in § 3 des Mietvertrages in Wirksamkeit. Insbesondere wird auch auf § 4 des Mietvertrages hingewiesen, wonach unter anderem auch eine Verlegung von Insassen in andere Wohnungen stattfinden kann, sofern eine solche aus disziplinären Gründen (z. B. bei Streitigkeiten von Insassen untereinander u. dgl.) veranlaßt erscheint. Jedem Insassen steht das Recht der Beschwerde zu, und zwar gegen Anordnungen des Hausvaters bei der Verwaltung, gegen Verfügungen der letzteren beim Pfleger der Anstalt bzw. beim Stadtrat. In einzelnen Fällen kann beim Vorliegen besonderer Verhältnisse und Umstände der Pfleger Dispens von der Hausordnung erteilen. Der Stadtrat behält sich das Recht vor, vorstehende Hausordnung jederzeit abzuändern bzw. notwendig werdende Ergänzungen vorzunehmen.

f) Bedeutung für die Sozialhygiene.

Für die Sozialhygiene leisten die Altersheime in mehrfacher Beziehung Wichtiges.

Sie geben einer Reihe von Personen, die durch Alter und Erwerbsbeschränkung fürsorgebedürftig geworden sind, *in wirtschaftlich und hygienisch vollkommenerer Weise*, als mit den Mitteln der offenen Altersfürsorge, Gelegenheit, ihren Lebensabend ungestört zu verbringen oder erleichtern ihnen zum mindesten ihre Lage nicht unerheblich. Dabei werden zum Teil Kleinwohnungen und auch Wohnungen von mehreren Zimmern, also die begehrtesten Größen, dem Woh-

nungsmarkte gewonnen, andererseits erhalten obdachlose, alte Leute, die von ihren Angehörigen im Stiche gelassen sind, eine dauernde Unterkunft geboten. Besonders die letztere Kategorie, die in den Großstädten nicht selten ist, würde sonst hochwertige Anstalten in Anspruch nehmen.

Durch die Aufnahme der obdachlosen Alten und aller derjenigen, die auf der Grenze von Alter und Krankheit stehen, *entlasten* die Altersheime beträchtlich die viel teuereren *Krankenanstalten* aller Art.

Durch die Verbindung mit Wärmehallen, Rentnerküchen, Werkstätten für Erwerbsbeschränkte sind sie in der Lage, die noch in den allerersten Anfängen stehende *halboffene Fürsorge* für die alten Leute des Bezirkes zu *fördern*. Diese halboffene Fürsorge könnte in hohem Maße vorbeugend wirken und mit einfachen Mitteln den wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verfall der alten Leute außerhalb der Anstalten aufhalten, andererseits den Aufenthalt der in der Anstalt befindlichen Personen verbilligen.

Die augenblickliche starke *Nachfrage* nach Plätzen in Altersheimen könnte dazu führen, die vorhandenen Einrichtungen entsprechend der wachsenden Zahl von alten Leuten in der Bevölkerung zu vermehren. Aber Altersheime werden im Gegensatz zu den dem Wandel der Technik unterworfenen, schnell veraltenden Krankenhäusern für Jahrhunderte gebaut, es wäre voreilig, schon jetzt, solange die Entwicklung der Bevölkerungsbewegung starken Schwankungen unterliegt, weitgehende Verbesserungen auf diesem Gebiete zu treffen, die zwar erwünscht, aber im Rahmen der gesamten Wohlfahrtspflege noch nicht unbedingt an der Reihe sind. Auch ein reiches Land könnte nur zögernd an diese Fragen herangehen. Deswegen wird neben einer sich in mäßigen Grenzen bewegenden Vermehrung der Altersheime zunächst versucht werden müssen, die noch gänzlich unausgenutzten Möglichkeiten, die eine Veredelung der offenen und halboffenen Fürsorge bieten, stärker zu berücksichtigen und die gesamte Arbeit der Fürsorge für die alten Leute unter diesen Gesichtspunkten systematisch auszubauen. Der einen Gruppe ist durch Sicherung eines Erwerbes unter Berücksichtigung ihrer verminderten Leistungsfähigkeit gedient. Einer zweiten müssen Geld- und Naturalunterstützungen in einer Höhe gewährt werden, die die Existenz tatsächlich sichert, zu einem Zeitpunkte, wo noch Aussicht auf Erfolg besteht. Insbesondere müssen Familien, die an sich zur Pflege eines Alten bereit, aber aus wirtschaftlichen Gründen dazu nicht fähig sind, als Entgelt für ihre Bemühungen und Unkosten ein genügendes Pflegegeld oder eine Pflegezulage erhalten. Ganz allgemein sollte dabei auch die Sachleistung viel stärker als bisher berücksichtigt werden. So mancher Alte würde noch gern im eigenen Heime bleiben, wenn ihm die Arbeit der Haushaltsführung ganz oder teilweise abgenommen würde, wofür in vielen großen Städten Vereine bei genügender Unterstützung durch die öffentliche Wohlfahrtspflege eintreten würden.

III. Schluß.

Die Aufgaben, die aus dem Problem der Anstaltsfürsorge für chronisch Kranke und Altersgebrechliche der Gesundheitspolitik, Wohlfahrtspflege und Sozialpolitik der Zukunft erwachsen, sind groß. Sie eröffnen den Weg zu neuen Gebieten.

Auch heute können wir bereits wesentliche Leistungen zum Nutzen der Fürsorgebedürftigen und der Gesellschaft erzielen, wenn wir unter Verzicht auf hochgespannte Forderungen im Rahmen des Möglichen Siechenhäuser und Altersheime zweckmäßig, wirtschaftlich und gerecht ausnützen.

Literatur.

(Die mit L. bezeichneten Arbeiten enthalten weitere Angaben.)

Behnke: Altersversicherungsanstalten und Siechenhäuser. Handb. d. Architektur T. 4, Halbbd. 5. — Brauer: Der Einfluß der Krankenversorgung auf die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. 1905, S. 97. — Brauer, Elfriede: Die Hospitäler, Kranken-, Pest-, Armen-, Waisen- und Badehäuser der Stadt Wittenberg. Zeitschr. f. Krankenanstalten Jg. 7, H. 36. — Eschbacher: Sonderanstalten und Fürsorge für Sieche. Handb. d. Krankenversorgung Bd. I. — Eschle: Siechenhäuser und Invalidenheime. Handwörterbuch d. soz. Hyg. Bd. 2, S. 384. L. — Goldmann: Sozialhygienische Untersuchungen bei Siechen und Altersgebrechlichen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg. Jg. 37, Nr. 4. 1924; — Folgerungen aus der veränderten Altersgliederung des deutschen Volkes. Dtsch. Zeitschr. f. Wohlfahrtspflege Jg. 1, Nr. 1. 1925; — Notwendige Erweiterungen der Krankenfürsorge. Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen Jg. 22, H. 3. 1926. — Über die Bewahrung ansteckend Tuberkulöser. Klin. Wochenschr. Jg. 6, Nr. 4. 1927. — Bewahrungswesen. Handwörterbuch der Kommunalwissenschaften, Ergänzungbd. 1927. — Goldmann und Wolff: Über Tuberkulose bei alten Leuten. Klin. Wochenschr. Jg. 3, Nr. 38. 1924. L. — Gottstein: Die Krankenhausversorgung der Bevölkerung in den Großstädten. Ergebn. u. Fortschr. d. Krankenhauswesens Bd. II, S. 176. 1913; — Zur Krankenhauspolitik der Zukunft. Dtsch. med. Wochenschr. 1919, Nr. 7; — Krankenhäuser für Leicht- und chronisch Kranke. Das deutsche Krankenhaus. Jena 1922. L.; — Das Heilwesen der Gegenwart, S. 365—372. Berlin 1924. — Grober: Die Errichtung einfacher Krankenanstalten für Leicht- und chronisch Kranke. Dtsch. Viertelsjahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. Jg. 43. — Grotjahn: Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene. Leipzig 1908. L.; — Asylwesen. Handwörterbuch d. soz. Hyg. Bd. I, S. 95. L.; — Soziale Pathologie. Kap.: Chron. allgemeine Infektionskrankheiten und der soziale Wert des Krankenhaus- und Anstaltswesens. — Hartmann: Das Werk- und Armenhaus in Hamburg. Hamburg 1912; — Die Anstaltspflege für Sieche in Hamburg. Inaug.-Diss. Hamburg 1925. — Haustein: Zur Tuberkulosefrage in Skandinavien. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 36, H. 6. — Heitmann: Die Tuberkuloseheimbewegung in Norwegen. Med. rev. 1914. Ref. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 25, S. 126. 1916. — Ickert: Über den Schutz des Kindes vor der Ansteckung mit Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 34, H. 5. 1921. L. — Kaup: Betrachtungen über die Bekämpfung der Tuberkulose in einigen Ländern. Berlin: C. Heymann 1910. — Klumker: Deutsche Versorgungsanstalten für Alte, Sieche und Invalide. Halle a. S. 1913; — Altersversorgung. Handwörterbuch d. Staatswissensch. — Koch: Epidemiologie der Tuberkulose. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 67. 1910. — Krohne: Die zunehmende Verteuerung der modernen Krankenanstalten usw. Ergebn. u. Fortschr. d. Krankenhauswesens Bd. 2. 1913. — Lennhoff: Medizinische Reform 1903, S. 297. — Mosbacher: Das Asylwesen im Rahmen der öffentlichen Gesundheitspflege. Wege und Ziele der Gesundheitsfürsorge unter dem Gesichtspunkt der Planwirtschaft. 1925. — Münsterberg: Die Anstaltsfürsorge in Deutschland. Leipzig 1910. — Newsholme: The prevention of Tubercolosis. London 1909; — The relative influence of the factors involved in the control of pulmonary tuberculosis. Transact. of the epidem. soc. Jg. 25, S. 31. 1905/06. — Osterfeld: Über Pflegefürsorge für tuberkulöse Männer. Dansk Sundhedstidende 1915, Nr. 9/10. Ref. Dtsch. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 25, S. 284. 1916. — Pick und Bräuning: Die Bekämpfung des Wohnungselends in der Tuberkulosefürsorge. Dtsch. Zeitschr. f. Wohlfahrtspfl. Jg. 1, Nr. 7. 1925. — Schmittmann: Die Unterbringung Tuberkulöser in vorgeschrittenen Krankheitsstadien. Zeitschr. f. Gesundheitspfl. Bd. 34, H. 5/6. 1919. — Schob: Über Fürsorge für chronisch Kranke. Zeitschr. f. Krankenanstalten Jg. 7, S. 501. 1911. — Weinstock: Leichtkrankenhäuser. Zeitschr. f. Krankenanstalten Jg. 13, S. 137. 1917. L. — Wörner: Das Hospital in Schwäbisch Gmünd. Tübingen 1905. — Erscheinungen auf dem Gebiete der Volksgesundheit und Volkswohlfahrtspflege in Sachsen 1922, herausgegeben vom Sächsischen Landesgesundheitsamt. — Jahresberichte der deutschen LVA. — Materialsammlung des Archivs für Wohlfahrtspflege, Berlin. — Materialsammlung des Deutschen Städtetages, Berlin. — Handbuch der Inneren Mission. — Die katholischen Einrichtungen der geschlossenen Fürsorge Deutschlands. Caritasverlag Berlin. — Die Anstalten des Deutschen Roten Kreuzes. Berlin: Verlag Herbig 1924. — Vereinigung der freien privaten gemeinnützigen Wohlfahrtseinrichtungen Deutschlands. Berlin: Verlag Engelmann 1924.

Soziale Krankenhausfürsorge.

Von

Franz Goldmann

Berlin.

1. Begriff und Wesen.

Die soziale Krankenhausfürsorge ergänzt die Tätigkeit von Arzt, Schwester und Verwaltung des Krankenhauses nach der fürsorgerischen Seite. Sie bekam ihre Daseinsberechtigung, als Krankenanstalten in vermehrter Zahl und zunehmender Güte entstanden. Sie wurde *ausbaufähig*, als neben dem Anstaltswesen das Arbeitsgebiet der offenen Fürsorge an Ausdehnung und Wirkungsmöglichkeit gewann und eigene Arbeitsmethodik entwickelt hatte. Sie wurde *unentbehrlich*, als das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege in gleicher Weise wie die soziale Versicherung durch die Gesetzgebung materiell, organisatorisch und finanziell eine für das ganze Reich geltende Regelung erfahren hatte. Denn damit ergab sich die Aufgabe, die mannigfachen Fortschritte auf dem Gebiete der Fürsorge für das Krankenhaus nutzbar zu machen und so seinen Machtbereich zu erweitern, andererseits den einzelnen Zweiggebieten der Fürsorge die Ergebnisse der Krankenhausarbeit zu erschließen und somit eine *planvolle Zusammenarbeit* von Krankenfürsorge, Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege zu gewährleisten.

Diesen *Vorbedingungen* für das Werden einer organisierten sozialen Krankenhausfürsorge reihen sich weitere an; sie stehen mit der Wandlung, die der Kulturbegriff Arzt in neuerer Zeit durchgemacht hat, im Zusammenhang. Der Krankenhausarzt wurde infolge der Ausdehnung, die das Gebiet der Medizin besonders durch die Ursachenforschung und die Fortschritte der Technik erfahren hatte, geradezu gezwungen, ein Sondergebiet zu bearbeiten, wenn er überhaupt mit den Ereignissen mitgehen wollte. Jeder Gewinn, der seiner Forschungslust beschieden war, führte ihn tiefer in biologische Teilforschung. So mußte sich gelegentlich die Gefahr bemerkbar machen, daß das Gesichtsfeld eingeengt wurde. v. Krehl hat von diesem Standpunkte aus besonders auf die Tatsache hingewiesen, daß der Lebensvorgang eine unteilbare Einheit ist und nur durch den menschlichen Verstand für die Bearbeitung einzelner Aufgaben aufgesplittert wird. Der psychische Faktor in der Krankenbehandlung wurde manchmal vernachlässigt, da nur sinnfällige Momente den Arzt in seinem Streben nach Objektivität leiteten. Nicht so selten machte sich der Jahrtausende alte Zwiespalt zwischen ärztlicher Kunst und medizinischer Wissenschaft deutlicher bemerkbar, den Virchow einst in die Worte gefaßt hatte: „Es gibt Fälle, wo der Spalt zwischen wissenschaftlicher und praktischer Medizin so groß ist, daß man vom gelehrten Arzt behauptet, er könne nichts und von dem praktischen, er wisse nichts." Der erbitterte Kampf Schweningers gegen die „Schulmedizin" ist für diese Epoche ebenso bezeichnend wie die Absage gegen den „übertriebenen Physiologismus", die Goldscheider bei der Übernahme von Senators Lehrstuhl aussprach und später wieder erneuerte mit den Worten: „Unterschätzen wir nicht immer noch die Bedeutung des Psychischen in der Krankheitslehre zu sehr? In der pathologischen Physiologie? In der Therapie?" Auch die vielfachen Bestrebungen auf dem Gebiete der Konstitutionsforschung zeigen von Gottstein, Hüppe, Martius, F. A. Schmidt bis zu Friedrich Kraus, wie führende Kliniker und Hygieniker sich dieser Gefahren durchaus bewußt waren. — Eine andere Schwierigkeit war noch viel größer. Selbst wenn der Krankenhausarzt das Individuum als psychophysische Einheit

untersuchte und behandelte, so konnte er doch den Kranken nur als individualpathologisches Problem ansehen. Salomon Neumann sagte 1847 in seiner Schrift „Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum“: „Die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft, und solange ihr diese Bedeutung in der Wirklichkeit nicht vindiziert sein wird, wird man auch ihre Früchte nicht genießen, sondern sich mit der Schale und dem Schein begnügen müssen.“

Manche Ärzte in der Anstalt hatten sich längst von dem mikroskopischen Denken entfernt und nicht nur dem biologischen, sondern auch dem soziologischen Denken zugewandt. Viele erkannten das Unlogische, daß die Vorgeschichte der Krankheit nur die Angaben, die der Kranke selbst machen wollte, aber keine Ermittelungen über häusliche, wirtschaftliche, berufliche Verhältnisse enthielt; daß die klinische Diagnose nicht zu ergänzen war durch Feststellungen, wieweit der beobachtete Krankheitsvorgang und die Individualität durch das menschliche Zusammenleben beeinflußt war; daß die medizinische Therapie schon vor der Schwelle der sozialen Behandlung Halt machen mußte. Alle fühlten das Unmenschliche, den Kranken oftmals wieder in die alten, ungünstigen Bedingungen zurückkehren lassen zu müssen. Und mancher berechnete das Unwirtschaftliche, Mühe und Kosten aufzuwenden, ohne die Erfolgsaussichten in sozialer Beziehung sichern zu können. Aber der Krankenhausarzt hatte eben nicht die Hilfsmittel, um über den Bereich der Station hinaus zu gelangen. Es war für ihn überaus schwer, ja fast unmöglich, *eine objektive soziale Vorgeschichte zu erlangen, eine einwandfreie soziale Diagnose zu stellen, die soziale Therapie entscheidend zu beeinflussen und schließlich die Ergebnisse der Krankenhausbeobachtung und der individuellen Krankenbehandlung der sozialen Vorbeugung als Massenmethode dienstbar zu machen.* Durch diese Verhältnisse wurde auch der Kranke benachteiligt. Er glaubte sich als „Fall“ betrachtet, während doch ein Menschenschicksal um Hilfe rang. Er empfand etwas Unpersönliches in der Behandlung, er fühlte sich in der Vereinsamung und Abgeschlossenheit von seiner gewohnten Umgebung doppelt hilflos und sah sich wie durch eine Mauer von dem Leben da draußen getrennt. Zur Sorge um die eigene Gesundung gesellte sich die Befürchtung um das Schicksal der Angehörigen, und die Furcht vor der Zukunft belastete den Kranken in der erzwungenen Ruhe und bei der besonderen Empfindsamkeit des Seelenlebens während des Krankenlagers doppelt. Die salernitanische Schule hatte bereits die hygienische Regel geprägt: „Si vis incolumem, Si vis te reddere sanum, Curas tolle graves, Irasci crede prophanum“ (De conservanda bona valetudine usw., Frankfurt 1545), aber ihre Lehre ließ sich schwer in die Praxis umsetzen. Im Volksbewußtsein blieb trotz abnehmender Abneigung gegen einen Krankenhausaufenthalt die Auffassung haften, daß die Wohlfahrtspflege unzusammenhängend, starr und einförmig sei.

Hier setzte die Entwicklung ein und schuf dem Arzt in Gestalt der sozialen Krankenhausfürsorgerin einen neuen Gehilfen, der gleichberechtigt zum Pflegepersonal und zur Verwaltung hinzutrat.

2. Geschichte.

Die *Geschichte* dieser sozialen Krankenhausfürsorge ist kaum 20 Jahre alt. Allerdings gab es mancherlei Ansätze und Vorläufer auch über das hinaus, was Ärzte, Schwestern oder Anstaltsgeistliche schon immer für einzelne Kranke getan hatten. So legte Romberg besonderen Wert darauf, die wirtschaftliche Lage typhuskranker Armer durch Unterstützungen zu bessern. Wir kennen aus dem Jahre 1634 eine „Compagnie de Dames pour le service de l'Hotel de Dieu de Paris“, eine Gründung von Vincent de Paul. Es scheint der erste Versuch zu sein, den Gedanken der fürsorgerischen Arbeit in einer Anstalt einzubürgern. Auch die wichtigsten Grundsätze der Fürsorge sind in erstaunlich weitsichtiger Weise von Vives, dem Lehrer der Kinder Isabellens der Katholischen, im 16. Jahrhundert festgelegt worden. Lallemand berichtet hierüber in seinem Buche „Histoire de la Charité“: „Il veut, que sénateurs accompagnés de quelques sécrétaires parcourent les rues de la ville,

pénètrent dans les maisons et tiennent note exacte des malheureux, qui y demeurent pour en instruire le conseil. Ces notes doivent indiquer le nom des indigents, le nombre de leurs enfants, la cause de leur misère, la conduite, qu'ils tiennent." Diese Bemühungen entsprachen jedoch mehr dem Bestreben, Arbeitsscheu, Bettel und Kriminalität zu bekämpfen, als der Einsicht von der Notwendigkeit einer geordneten Wohlfahrtspflege. In England taten sich Ende des 18. Jahrhunderts Frauen zusammen, um entlassene Kranke noch weiter zu betreuen. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts häuften sich die Versuche. Elisabeth Blackwell, die Freundin der Miß Nightingale, benutzte in dem von ihr 1859 gegründeten Mütter- und Kinderheim eine Schwester zu Hausbesuchen. M. Rathbone führte 1862 in Liverpool die „district nurse" ein, welche etwa der heutigen Gemeindeschwester gleichzustellen ist. Dr. Chapin betraute im Post Graduate Hospital in New York 1889 in der gleichen Weise wie es schon kurz zuvor im Kinderkrankenhause in San Franzisko eingeführt war, Schwestern der Anstalt damit, die häuslichen Besuche auszuführen, die hygienischen Bedingungen, unter denen die eingelieferten Kinder lebten, festzustellen und durch Belehrung wie durch sachliche Hilfe Fürsorge zu treiben. Die Besuchsschwestern der Miß Wald in den Vereinigten Staaten, besonders in Henri Street Settlement, die englischen Ladies Almoners sind weitere Bemühungen aus den neunziger Jahren. Um die Jahrhundertwende kam der entscheidende Fortschritt. Im Jahre 1902 bildete sich aus Studenten in John Hopkins Medical School in Baltimore eine Gruppe, die sich als „Students board of the Charity Organisation Society" bezeichnete und den Grundsatz verfolgte: „make treatment effective". Im Jahre 1904 rief Miß Maxwell im Presbyterian Hospital in New York eine Organisation ins Leben, die als „follow up" die Sonderaufgabe der Sorge für die Entlassenen übernahm. Für jeden Kranken wurde beim Eintritt ins Krankenhaus ein Kartenblatt angelegt, das ihn durch alle Stationen und Einrichtungen begleitete, nach Abschluß jeder einzelnen Behandlung in die zentrale Kartei im Krankenhaus zurückwanderte, dem behandelnden Arzt in der Stadt zur Einsicht offenlag und durch die eingetragenen Termine die regelmäßige ambulante Weiterüberwachung sicherte. Aber bei weitem in den Schatten gestellt wurde diese Neuerung durch eine Einrichtung, die ein amerikanischer Arzt Dr. Cabot 1905 in *Boston* im Massachusetts General Hospital ins Leben rief und durch die geschickte Begründung ihrer Notwendigkeit — *die soziale Hilfe ist die Anwendung des gesunden Menschenverstandes, um den Patienten gesund zu machen* — und eifrige Werbung zu großen Erfolgen führte, durch den *hospital social service*, die soziale Krankenhausfürsorge im eigentlichen Sinne. Der Gedanke Cabots eroberte sich in rascher Folge Amerika — New York richtete bereits im Jahre 1906 am Bellevue Hospital eine soziale Krankenhausfürsorge ein und hatte 1926 an 50 Anstalten Fürsorgerinnen —, so daß nach einem Bericht des Comitee of the survey of Hospital social service im Jahre 1921 286 Anstalten in den Vereinigten Staaten und Kanada die gleiche Organisation besaßen.

Die Bewegung griff dann besonders nach *Frankreich* und *England* über. Hier schuf als erster Dr. Marfan im Hospital des Enfants malades im Jahre 1913 nach amerikanischem Muster eine „*assistante sociale*", und im Jahre 1921 hatte sich die Einrichtung bereits so bewährt und so viel Nachahmungen gefunden, daß eine Spitzenorganisation unter der Bezeichnung „*Le service social à l'Hôpital*" ins Leben gerufen werden konnte. Das vierte Kulturland, in dem die amerikanischen Anregungen fruchtbaren Boden fanden, war *Deutschland.*

In *Berlin* waren schon seit 1895 einige Mitglieder der zwei Jahre zuvor gegründeten Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit unter Führung von Lina Basch in der Charité und einige Jahre darauf auch im städtischen Krankenhause Moabit in Tätigkeit getreten. Unter dem Einfluß von Alice Salomon und Anna Friedmann stellten im Jahre 1913 eine Reihe von Frauen- und Wohlfahrtsvereinen an die Magistrate von Berlin, Charlottenburg und Schöneberg den Antrag, ihren Mitgliedern die soziale Arbeit in städtischen Krankenhäusern zu gestatten, und 1914 konnte, nachdem die Zustimmung erfolgt war, in vier Berliner, einem Schöneberger und zwei Charlottenburger Krankenhäusern damit begonnen werden. Zunächst waren ehrenamtliche Kräfte tätig; ein Komitee, an dessen Spitze Alice Salomon stand, hatte die Leitung. Mit dem Anwachsen der Arbeit wurden sie im Laufe der Entwicklung allmählich durch hauptberuflich tätiges Personal abgelöst. Vom Jahre 1919 ab wurden in den Berliner Anstalten Rudolf Virchow-Krankenhaus, Krankenhaus am Friedrichshain, Krankenhaus am Urban, Krankenhaus Moabit und im Auguste Viktoria-Krankenhaus Schöneberg besonders vorgebildete Schwestern mit dieser Aufgabe beauftragt. Versuche, die von privater Seite, so besonders von Dr. Arthur Mayer in der Friedrichstadtklinik für Lungenkranke, gemacht wurden, fielen den schwierigen Zeitverhältnissen zum Opfer. Auch die in Lazaretten und Versorgungskrankenhäusern seit 1915 ursprünglich im Auftrage des Sanitätsamtes, später im Rahmen der Kriegsbeschädigtenfürsorge bis weit in die Nachkriegsjahre hinein durch besondere Fürsorgeschwestern hauptsächlich auf dem Gebiete der Arbeitsfürsorge ausgeübte Tätigkeit wurde mit der allmählichen Auflösung dieser Anstalten wieder eingeschränkt. Im Jahre 1925 wurde soziale Krankenhausfürsorge in folgenden städtischen Anstalten Berlins ausgeübt: Rudolf Virchow-Krankenhaus,

Krankenhäuser am Friedrichshain, Moabit, am Urban, Gitschiner Straße, Achenbachstraße und Pfalzburger Straße (Wilmersdorf), im Auguste Viktoria-Krankenhaus Schöneberg, Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus Reinickendorfer Straße, in den Krankenhäusern Reinickendorf, Spandau, Pankow, in 9 weiteren Anstalten ist sie in jüngster Zeit aufgenommen worden. Daneben erhielt sich an einer Reihe staatlicher Institute der „Verein der sozialen Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité". Er versorgt die Berliner Universitätsklinik für Augenkrankheiten, die chirurgische und orthopädische Universitätsklinik, die Universitäts-Frauenklinik, die 3. medizinische Universitätsklinik, das hydrotherapeutische und das zahnärztliche Universitätsinstitut unter der rührigen Leitung von Hedwig Landsberg und Anni Tüllmann. Und schließlich haben sich von privaten gemeinnützigen Anstalten das Lazaruskrankenhaus, das Krankenhaus der jüdischen Gemeinde, das Augustahospital und das Elisabeth-Hospital in Oberschöneweide dem Vorgehen anderer Anstalten angeschlossen.

Etwa gleichzeitig mit Berlin wurde auch in *Frankfurt a. M.* für das städtische Krankenhaus im Jahre 1913 eine soziale Krankenhausfürsorge ins Leben gerufen; sie ging 1916 von der freien Wohlfahrtspflege auf die Stadt über und umfaßt jetzt 13 öffentliche und private Anstalten. In *Breslau* beteiligte sich die Stadt an der sozialen Arbeit in Anstalten, die von dem Wohlfahrts- und Armenpflegerinnenverein geleistet wird, und führte sie bei drei Anstalten durch. In vier *Münchener Kliniken* sind Fürsorgerinnen seit 1917 im Auftrage des „Instituts für soziale Arbeit" tätig. In *Stettin* wurde eine Schwester am 1. II. 1917 durch die Deputation für Gesundheitswesen zur Ausübung der sozialen Krankenhausfürsorge im städtischen Krankenhause angestellt. In *Hamburg* schufen eine Zweiggruppe des Allgemeinen deutschen Frauenvereins, die sozialen Hilfsgruppen, im Jahre 1917 die Organisation, die bald darauf an den Landesverein vom Roten Kreuz unter dem Namen „Krankenhausfürsorge des Hamburger Landesvereins vom Roten Kreuz" organisatorischen Anschluß fand und bis heute von dieser Stelle finanziert wird. 8 Anstalten werden von 7 Fürsorgerinnen und einer Leiterin versorgt. In *Düsseldorf* besteht die soziale Krankenhausfürsorge seit 1919 für sämtliche städtischen Kliniken; in *Dresden* wird sie seit September 1921 von zwei hauptamtlichen Fürsorgerinnen in 9 Krankenhäusern ausgeübt; in *Nürnberg* ist seit April 1923 eine Abteilung für soziale Fürsorge im städtischen Krankenhaus eingerichtet; in *Leipzig* werden die Krankenhäuser St. Georg bzw. St. Jakob seit 1921 bzw. 1924 versorgt, und in jüngster Zeit sind *Kiel* für das städtische Krankenhaus und die Universitätskliniken, *Jena* für die Universitätskliniken diesen Beispielen gefolgt. Weiter arbeiten noch soziale Fürsorgerinnen im *Heidelberger Tuberkulosekrankenhaus Rohrbach* seit 1920, sowie in *Dessau, Elberfeld, Hannover, Liegnitz, Stuttgart, Witten,* abgesehen von den zahlreichen Ansätzen, die aber noch keine wesentlichere Ausdehnung genommen haben, wie in *Chemnitz, Danzig, Heidelberg, Mannheim., Münster i. W.*, und abgesehen von denjenigen Organisationsformen, die das gleiche Ziel auf dem Wege über die Bezirksfürsorge erstreben, wie *Altona, Gelsenkirchen, Königsberg i. Pr., Leipzig, Lübeck.*

Andere europäische Länder sind kaum mit Bestrebungen ähnlicher Art hervorgetreten. In *Holland* sind die Cabotschen Gedanken von ter Meulen aufgegriffen, seit 1913 wird im Amsterdamer Krankenhaus „Wilhelmina Gasthuis" und in Utrecht von behördlicher Seite, in einigen anderen Städten von privater Seite eine Art sozialer Krankenhausfürsorge betrieben. Über einen Versuch, den Dr. Patrick Hadlung in dem *Stockholmer* Krankenhaus Sabatsberg 1918 gemacht hat, ist nichts Näheres bekannt geworden. Aus außereuropäischen Ländern ist, abgesehen von Nordamerika, kaum eine Nachricht über soziale Krankenhausfürsorge in die Öffentlichkeit gedrungen.

Es ist erstaunlich, wie wenig sich noch der Gedanke Bahn gebrochen hat, daß auch das Krankenhaus nur gewinnen kann, wenn es sich stärker mit den Aufgaben der Fürsorge befaßt. Denn es geht jährlich ein erheblicher Teil der Bevölkerung durch die Krankenhäuser, so in Berlin 1924 3,4%, in Düsseldorf 1924 5,9%, und nur der kleinste Teil Krankenhausinsassen bezahlt die Kosten in voller Höhe selbst, so daß diese Fragen für sie eine geringere Rolle spielen.

Allerdings wäre es durchaus verfehlt, die amerikanischen Verhältnisse ohne weiteres für Deutschland gelten zu lassen. In Amerika rief das Fehlen einer sozialen Versicherung die freiwillige Liebestätigkeit auf den Plan, um vor allem auch die Finanzierung des Krankenhausaufenthaltes bei Unbemittelten zu übernehmen. Ebenso mußte die amerikanische Methode, die gesamte Fürsorgetätigkeit in das Krankenhaus zu verlegen, ganz von selbst eine starke Förderung der sozialen Krankenhausfürsorge bringen, während in Deutschland gerade die räumliche Trennung der beiden Systeme des Anstaltswesens und der übrigen Wohlfahrts-

pflege der Anlaß war, daß man zur *Überbrückung dieses Spaltes* sich mehr der sozialen Krankenhausfürsorge zuwandte. Infolgedessen sind auch die Aufgaben, die in Deutschland der sozialen Krankenhausfürsorge erwachsen, durchaus nicht die gleichen wie in Amerika.

3. Aufgaben.

Das ursprüngliche Ziel, für die Kranken das zu tun, was Arzt und Pfleger nicht für sie tun konnten, wurde bald genauer gesteckt und damit von der rein caritativen Begründung und dem Wohltun zu einer sozialhygienischen Arbeit erweitert. Die Frankfurter Richtlinien nannten als Hauptaufgaben: *1. Unterstützung der Krankenbehandlung durch Beseitigung sozialer und wirtschaftlicher Hindernisse. 2. Ausnützung der Krankenhausbetten durch Beschleunigung des Heilverfahrens und Vermeidung nutzlosen Krankenhausaufenthaltes. 3. Verwertung beschränkter Arbeitskräfte zum Wohle der Allgemeinheit.*

Die Wege zu diesem Ziele waren der *Ausbau des Ermittlungsverfahrens*, gipfelnd in der sozialen Diagnose, und der *Anschluß an die Fürsorge außerhalb der Anstalt.*

Die Ermittlung erstreckt sich auf die gesamten Lebensbedingungen des Kranken, die irgendwie bei Entstehung oder Verlauf der Erkrankung eine Rolle spielen können, sie hat also vor allem die Familienverhältnisse, Beruf, Einkommen, Wohnung und Ernährung zu berücksichtigen. Ihre Ergebnisse geben dem Krankenhausarzt die nötigen Aufschlüsse für die Behandlung während des Aufenthaltes in der Anstalt und Gelegenheit, frühzeitig die nachgehende Fürsorge zu beachten. Sie ermöglichen daher in vielen Fällen erst statt der symptomatischen eine kausale Behandlung. Das erste Objekt der sozialen Krankenhausfürsorge ist der *Kranke selbst*, die Art der Aufgaben ist so vielfältig wie menschliche Leiden und menschliche Wünsche. Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen:

Das junge Mädchen, dessen Erschöpfungszustand sich unter der Ruhe, der pharmakologischen und physikalischen Therapie nur langsam bessert, ist ein Opfer unglücklicher Familienverhältnisse. Die Mutter ist eheverlassen, hat nur ungenügenden Verdienst, so daß die jugendliche Tochter die erste sich bietende, aber für ihren noch in der Entwicklung begriffenen zarten Organismus gänzlich ungeeignete Gelegenheit zum Brotverdienen benutzt hat, unter deren Anstrengungen sie zusammengebrochen ist. Sie muß der Arbeitsfürsorge zugeführt, der Mutter eine Unterstützung erwirkt werden. —

Ein älterer Metallarbeiter, der den Verlust seiner Arbeitsstelle infolge eines Zornausbruches zu beklagen hat und auf ein Gutachten wegen nervöser Störungen dringt, entpuppt sich als Trinker, der für längere Unterbringung in einer Trinkerheilstätte noch Aussichten bietet. —

Bei einem 12jährigen Mädchen mit akuter Gonorrhöe wird als Ansteckungsquelle der Schlafbursche ermittelt und gleichfalls der Behandlung zugeführt. —

Einer jungen Arbeiterin, bei der ein Aktivwerden einer Tuberkulose im Anschluß an eine Grippe zu befürchten ist, muß eine prophylaktische Verschickung erwirkt werden. —

Ein Student braucht ein Darlehen zur Bezahlung eines orthopädischen Apparates, um schnell entlassungsfähig zu werden. —

Ein wegen hochgradiger Plattfüße operiertes Dienstmädchen, das ohne Stellung und Wohnung ist, wegen Überfüllung des Krankenhauses entlassen werden soll, aber noch nicht völlig gehfähig ist, muß in einem Heim untergebracht werden. —

Einem Portier, der seit Monaten im Krankenhaus wegen einer eitrigen Brustfellentzündung liegt, droht die Exmission und die Obdachlosigkeit, die aber durch Eingreifen der Fürsorge verhindert wird. —

Eine alte Frau mit Ulcus cruris varicosum braucht ambulante Weiterbehandlung in der Wohnung durch eine Gemeindeschwester. —

Viele Menschen finden sich in den Einrichtungen, die die Wohlfahrtspflege getroffen hat, nicht zurecht, machen in der Fülle der auf sie während einer Erkrankung einstürmenden neuen Eindrücke nicht von ihnen Gebrauch oder können sie nicht in Anspruch nehmen, da sie von der Außenwelt abgeschnitten sind.

Hier greift die soziale Krankenhausfürsorge ein. Ihre Tätigkeit bewegt sich auf sämtlichen Gebieten der Fürsorge. Sie schreibt dem Ungewandten einen Brief, erteilt ihm Auskünfte über alle in seiner Sache in Betracht kommenden Stellen der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege. Sie veranlaßt ihn, sich rechtzeitig und formgerecht an die Behörden zu wenden, die auf Grund gesetzlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Entschließung bestimmte Leistungen gewähren, sie sorgt also besonders dafür, daß Ansprüche an die soziale Versicherung nicht fallen gelassen und notwendige Kosten rechtzeitig übernommen werden; sie zieht die private Fürsorge zu Zuschüssen heran und interessiert sie für das weitere Ergehen der Kranken. Entlassungsfähigen Personen wird der Übergang ins Erwerbsleben nach längerem Krankenhausaufenthalt erleichtert, was besonders bei weiblichen Personen zur Verhütung der Prostituierung notwendig ist. Hier genügt eine persönliche Aussprache mit dem früheren Arbeitgeber, um die Wiedereinstellung zu erreichen, hier kann eine geeignete Dienststelle erstmalig beschafft werden, dort wird die Arbeitsfürsorge in Anspruch genommen, um den Grad der Erwerbsminderung für den allgemeinen Arbeitsmarkt oder die Berufsfähigkeit bzw. ihre Minderung festzustellen und anschließend die Berufsumleitung anzubahnen. Um die Erfolge der Anstaltsbehandlung nicht durch verschlechterte Lebensbedingungen infolge mangelnden Einkommens wieder zu verlieren, wird eine einmalige oder laufende Geldunterstützung, Entlassungskleidung, Krankenkost, Zusatznahrung, Feuerungsmaterial besorgt. Kleine Hilfsmittel oder Apparate sind nötig, wie Plattfußeinlagen, Bruchbänder, Brillen, Gummiunterlagen; ein Krankenfahrstuhl, eine Krankenpflegeperson, die sich in gewissen Abständen im Hause umsieht und die einfachen Verbände anlegt, eine Hilfe zur Wirtschaftsführung ist zu besorgen, um die notwendige Schonung in der Rekonvaleszenz oder die Pflege im Hause zu ermöglichen. Wenn die Notwendigkeit des Krankenhausaufenthaltes nicht mehr gegeben ist, kümmert die soziale Krankenhausfürsorge sich um geeignete Unterbringung in anderen Anstalten. Die Überleitung in eine Lungenheilstätte oder ein Krüppelheim, die Vermittelung eines Kuraufenthaltes in einem Badeorte mit spezifischen Heilfaktoren, wie in einem Herzbade oder Moorbade, die Verlegung in ein Leichtkrankenhaus oder Erholungsheim, die Unterbringung auf dem Lande zur Erholung, die Beschaffung einer dauernden Unterkunft für Chronischkranke in einem Pflegeheim, für alte Leute in einem Altersheim, die Überweisung Obdachloser in ein Asyl, Ledigenheim oder eine Wanderarbeitsstätte — alles das sind Aufgaben, bei denen besonders ersichtlich wird, wie sehr die Arbeit der sozialen Krankenhausfürsorge in der Durchführung individueller Fürsorgemaßnahmen auch den Interessen der Gesellschaft dient. Jede Planwirtschaft auf dem Gebiete des Krankenanstaltswesens hat zur Voraussetzung, daß eine leistungsfähige soziale Krankenhausfürsorge vorhanden ist. Je besser die Organisation, desto größer die Ersparnisse, besonders durch Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den Krankenhäusern.

In Kiel hat im Jahre 1925 das Wirken einer hauptamtlichen Krankenhausfürsorgerin rund 78 000 Mark Kosten für unnötigen Krankenhausaufenthalt erspart.

In *Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen allgemeiner Krankenhäuser* macht das vielgestaltige Bild der Arbeit einer Reihe regelmäßig wiederkehrender Maßnahmen Platz. In *Entbindungsanstalten* spielt die größte Rolle bei ledigen Müttern vor der Entbindung die Unterbringung in Schwangerenheimen, nach der Entbindung die Aufnahme in einem Wöchnerinnenheim oder einem Mütterheim, wo Mutter und Kind wenigstens einige Wochen zusammen bleiben können und die Fortführung der natürlichen Ernährung gesichert wird. Auf rechtlichem Gebiete müssen rechtzeitig Vorbereitungen für die Einleitung der Amtsvormundschaft getroffen werden, es muß versucht werden, die Anerkennung der

Vaterschaft, die Übernahme der Kosten für die Entbindung und die erste Zeit nach der Entbindung zu erreichen. Diese Seite der Fürsorge ist wohl eine der ältesten, die im Krankenhause Eingang gefunden hat. Nachdem durch das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vom 7. VII. 1922 die gesetzliche Amtsvormundschaft eingeführt ist, werden in fast allen Städten die in Frage kommenden Anstalten durch Fürsorgerinnen der Jugendämter im Auftrage der Vormundschaftsabteilungen oder durch Beauftragte der Schwangeren- und Säuglingsfürsorgestellen regelmäßig besucht, und die Fürsorge wird bereits vor der Entbindung eingeleitet. Bei verheirateten Frauen ist es wesentlich, den ungestörten Verlauf der Entbindung und des Wochenbettes auch dadurch zu sichern, daß eine Hauspflege während dieser Zeit gestellt wird, um ihnen weitgehende Schonung zu gestatten. Aufgaben, die ohne Rücksicht auf die Ehelichkeit in Frage kommen, sind die Ausgabe von Erstlingswäsche, Wochenkörben, Lebensmitteln und vor allem die Inanspruchnahme der gesetzlichen Wochenhilfe und Wochenfürsorge, sowie die Überleitung an die Säuglingsfürsorgestellen. Es ist erstaunlich, wie groß die Unwissenheit der Bevölkerung selbst auf den seit langer Zeit bestehenden Gebieten der Fürsorge ist. Nach Feststellungen, die in der Zeit vom 1. IV. 1925 bis 31. III. 1926 in der Berliner Universitätsfrauenklinik, Artilleriestraße, gemacht wurden, kannten unter 2416 Wöchnerinnen 975 = 40% die Bestimmungen über die Wochenhilfe und Wochenfürsorge so wenig, daß sie ihrer Ansprüche ohne fremde Hilfe verlustig gegangen wären, und 842 = 35% wußten nicht, wo sich die für ihren Wohnbezirk zuständige Säuglingsfürsorgestelle befand.

In *Kinderkrankenhäusern* ergibt sich mannigfache Gelegenheit, den Müttern hygienische und diätetische Ratschläge zu übermitteln. Kinder berufstätiger Mütter werden nach der Genesung zur Verwahrlosung Krippen, Kindergärten oder Horten zugewiesen, in Familienpflege untergebracht, die jüngeren der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestelle zur weiteren Beaufsichtigung namhaft gemacht, die älteren dem Schularzt für Kur- oder Ernährungsfürsorge, Sonderturnen oder ähnliche Maßnahmen gemeldet. In Frankfurt a. M. werden wöchentliche Meldungen über alle unter 2 Jahre alten Kinder, die das Krankenhaus verlassen, mit kurzem Bericht an die Säuglingsfürsorgestellen erstattet.

In *Geschlechtskrankenhäusern* und -stationen handelt es sich in erster Linie um die Ermittelung der Ansteckungsquelle, den Schutz der Gefährdeten und die Zuführung Erkrankter im infektiösen Stadium zur Behandlung. Besonders ist die Fürsorge für Kinder des Ausbaues wert, da die Möglichkeiten direkter und indirekter Übertragung ganz besonders vielfältig sind. In Berlin werden hierfür folgende Fürsorgemaßnahmen in Vorschlag gebracht: 1. Auf dem Gebiete der gesundheitlichen Fürsorge. a) Herbeiführung geeigneter Behandlung der als Ansteckungsquelle in Frage kommenden Personen, b) die anderweitige Unterbringung der Erkrankten oder der Bedrohten bzw. Beaufsichtigung derselben durch die offene Fürsorge. 2. Auf dem Gebiete der wirtschaftlichen Fürsorge. a) Erholungsfürsorge, Ferienverschickung (Land-, See- und Heimaufenthalt), soweit nach ärztlichem Gutachten keine Ansteckungsgefahr vorliegt, b) vormundschaftliche Maßnahmen (Schutzaufsicht, Bestellung eines Beistandes, Pflegers usw.).

Die Erfahrung lehrt, daß ein großer Teil der aus dem Krankenhaus entlassenen jugendlichen und erwachsenen weiblichen Personen der öffentlichen oder geheimen Prostitution anheimfällt, wenn nicht sofort Fürsorgemaßnahmen ergriffen werden. Die Aufgaben einer Gefährdetenfürsorge, die an das Krankenhaus anknüpft, gipfeln darin, daß erstmalig venerisch Erkrankte vor dem Hinabgleiten in die Prostitution bewahrt, gefährdete Jugendliche geschützt und sittlich gefährdete Personen in ein geordnetes Leben zurückgeführt werden. Dazu dienen oftmals

Zurückführung in das Elternhaus, Unterbringung in einer Dienststelle, nachdem die Ansteckungsgefahr geschwunden ist, vor allem aber Vermeidung der Obdachlosigkeit durch vorübergehende Unterbringung in Heimen, Zufluchtsstätten und durch dauernde Unterbringung in Arbeiterkolonien.

Diesen Aufgaben unterziehen sich in Deutschland die in vielen Städten bereits errichteten Gefährdetenfürsorgestellen und Pflegeämter. Wohl in ihrer Mehrzahl ist ihnen der regelmäßige Besuch der Fachabteilungen bzw. der Fachkrankenhäuser für Geschlechtskranke zur Pflicht gemacht, so in Darmstadt, Dortmund, Erfurt, Essen, Frankfurt a. M., Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kiel, Lüneburg, und auch sog. Prostituiertenstationen werden z. B. in Altona und Berlin einbezogen. In gleichem Sinne arbeiten konfessionelle Organisationen in Bamberg, Beuthen, Chemnitz, Hagen, Hamm, Heidelberg, Mainz, Münster i. W. In den angloamerikanischen Ländern scheinen fürsorgerische Bestrebungen in diesem Sinne bereits zu manchen schönen Erfolgen geführt zu haben. Im Jahre 1918 gab es in den Vereinigten Staaten in 35 Kliniken für Geschlechtskranke „social workers", die besonders nachgehende Fürsorge trieben.

In *Tuberkulosekrankenhäusern und Heilstätten* ist neben der Beschaffung der für die Kur benötigten Geldmittel eine Hauptaufgabe der sozialen Krankenhausfürsorge, die Berufs- und Wohnungsverhältnisse objektiv zu prüfen und dem Arzt der Anstalt die notwendigen Angaben zu vermitteln, durch die er Maßnahmen zur Sicherung des Kurerfolges, wie Berufsumleitung, Bettenbeschaffung, weitere Beaufsichtigung durch die Tuberkulosefürsorgestelle einleiten und zu gleicher Zeit auch krankheitsbedrohte Hausstandsangehörige ärztlicher und fürsorgerischer Betreuung zuführen kann.

Die Hauptfürsorgestelle des badischen Arbeitsministeriums hat in dem Krankenhause Rohrbach bei Heidelberg mit Erfolg Wohlfahrtspflege und Krankenhaus unmittelbar miteinander verbunden. Die Tatsache, daß die Insassen tuberkulöse Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene waren, erleichterte allerdings diejenigen Maßnahmen, die eine grundsätzliche Bedeutung beanspruchen dürfen: Der Nachdruck der fürsorgerischen Arbeit lag in der Arbeitsfürsorge in Gestalt von Arbeitsvermittlung und Berufsumleitung, die unmittelbar an den Anstaltsaufenthalt angeschlossen wurde. Im übrigen bewegte sich die Arbeit im Rahmen dessen, was im allgemeinen von den Fürsorgestellen geleistet wird, bezog sich also vorwiegend auf Wohnungspflege, Bettenbeschaffung und Fürsorge für die bedrohten Mitglieder der Familie.

In *Frauenkliniken und chirurgischen Frauenstationen* bieten die bösartigen Geschwülste eine besondere Aufgabe. Hier ist Angloamerika und Frankreich voran. Auf Betreiben der Ligue Franco-Anglo-Américaine contre le Cancer sind in 5 Pariser Anstalten ehrenamtlich soziale Kräfte tätig, die in eingehender Weise bei jedem Kranken zunächst eine Ermittelung über seine häuslichen Verhältnisse anstellen, welche mit der Krankengeschichte verbunden wird. Für sämtliche Anstalten ist eine zentrale Kartei vorhanden, in die das Blatt nach der Entlassung mit allen Angaben über die Beobachtungen während des Krankenhausaufenthaltes wandert. Von diesem Augenblick an wird der Kranke in regelmäßigen Abständen durch sog. „visiteuses d'arrondissements", im Auftrage der Liga zu Hause aufgesucht. Er erhält durch ihre Vermittelung eine weitere Erholung in der Rekonvaleszenz oder häusliche Pflege bei Unheilbarkeit, Einweisung in ein Pflegeheim oder Unterstützungen bei materieller Notlage. Hierdurch wird die Zuführung der Kranken in ärztliche Behandlung wesentlich unterstützt; so zeigte sich, daß eine der Anstalten mit sozialer Fürsorge 95% ihrer früheren Patienten unter dauernder Beobachtung behielt, während vordem etwa 40% der Behandelten wieder aus dem Gesichtskreise verschwanden. Auch das Cancer-Hospital in St. Louis hat seit 1923 eine besondere Fürsorgerin für ähnliche Aufgaben.

In neuester Zeit tritt auch an die *Irrenanstalten* die Frage heran, ob sie zu dem Stamm ihres Personals eine Fürsorgerin hinzunehmen sollen. Nachdem zu der ursprünglich ganz vorherrschenden Irrenpflege in geschlossenen Anstalten als weitere Einrichtung die offene Fürsorge hinzugetreten ist, ergibt sich auch hier die Notwendigkeit, einen engeren Zusammenhang zwischen der Anstalt einerseits, den Beiratsstellen für entlassene Geisteskranke, Fürsorgestellen für Nerven- und Gemütskranke, Psychopathenfürsorgestellen, Trinkerfürsorgestellen andererseits herzustellen. Die Aufgaben einer sozialen Fürsorge in Irrenanstalten sind der Art nach die gleichen wie in Krankenhäusern. Die Ermittelung über das Verhalten vor der Aufnahme ist für die klinische Diagnose jedoch noch weit wichtiger als bei körperlich Kranken. Dann über müssen vor allem die persönlichen Beziehungen zwischen dem Kranken und der Familie gepflegt werden; dies ist um so wichtiger, als viele Kranke nicht nach eigenem Ermessen die Anstalt verlassen können, der schriftliche Weg oder gar die Einleitung der Pflegschaft zeitraubend und erschwerend sind. Für die Zeit nach der Entlassung steht ganz im Vordergrund die Beratung des Kranken in gesundheitlicher Beziehung und Unterstellung unter die Aufsicht der Fürsorgestelle, die Hilfe bei Regelung von Wohnungssachen, die den unselbständigen Kranken oft besonders schwerfällt, und endlich die Berufsberatung und Arbeitsvermittelung. In Berlin ist durch die Zusammenarbeit der Beiratsstelle für Nerven- und Gemütskranke mit dem städtischen Gewerbearzt auf diesem Gebiete die Möglichkeit eröffnet, daß der Gewerbearzt die Unterbringung der aus den Anstalten überwiesenen Geisteskranken in einer individuell angepaßten Tätigkeit auf Grund der fachärztlichen Unterlagen beim Arbeitsnachweis vermittelt und andererseits der Leiter der Beiratsstelle die Erwerbslosen, die Jugendlichen, die Berufswechselnden, soweit sie Zeichen einer geistigen Abweichung zeigen, auf ihre Eignung für bestimmte Berufe untersucht und damit die Wahrscheinlichkeit von Wiedererkrankungen unter Berufsschäden verringert. Nach den bisherigen Beobachtungen stellen Neurosen und organische Nervenkrankheiten den Hauptteil der einer Fürsorge zugänglichen Kranken, von Psychosen überwiegen leichtere Fälle von Dementia praecox, und schließlich sind Psychopathen und Trinker nicht selten.

Was in Frankreich durch die Ligue d'Hygiène mentale unter dem Namen „Service social des Aliénés" geschieht, kann, ebenso wie amerikanische Einrichtungen dieser Art, mit der bei uns üblichen Form der offenen Fürsorge verglichen werden.

Von Erlangen aus hat sich auf Anregung von Kolb die Einrichtung Bahn gebrochen, daß jeder aus der Anstalt ausscheidende Kranke noch in der Fürsorge der Anstalt bleibt. Vor der Entlassung werden die häuslichen Verhältnisse genau überprüft. Faltlhauser zählt folgende Aufgaben auf: Regelmäßige Besuche, Prüfung der Familien-, Wohn- und Erwerbsverhältnisse, Beschaffung von Unterstützungen, passender Arbeitsgelegenheit und Berufsberatung und Unterkunft. Fachärztliche Beratung mit Ausschluß der Behandlung. Beratung in rechtlichen Fragen (Ehescheidung, Entmündigung, Pflegschaft, Vermögenssicherung). Schutz der Kranken vor ihrer Umgebung. Beratung der Umgebung der Kranken. Zusammenarbeit mit allen Behörden, Stellen, Personen und Organisationen, die mittelbar oder unmittelbar in Zusammenhang mit der Fürsorge für geistig Abnorme stehen. Die Arbeit wird von mehreren Fürsorgepflegerinnen bzw. Fürsorgepflegern, die aus dem Anstaltspersonal hervorgegangen sind, unter Leitung eines Oberarztes der Anstalt durchgeführt.

Endlich muß darauf hingewiesen werden, daß auch die *Polikliniken und Ambulatorien* sinngemäß viel stärker als bisher in den Aufgabenbereich der Krankenhausfürsorge miteinbezogen werden müssen, vor allem, um die stationäre

Frühbehandlung zu erleichtern. Leider hat sich, außer an einer Reihe von Universitätskliniken, so in Berlin, Breslau, Jena, dieser Gedanke noch nicht durchgesetzt.

Fast ebenso wichtig wie die Fürsorge für den Patienten im Krankenhause ist die *Sorge um die Angehörigen*, vor allem, wenn bei plötzlichem Ausbruch der Erkrankung oder gelegentlich eines Unfalles keine Bestimmungen im Hause getroffen werden konnten. Die Trennung von Heim und Familie bedingt bei Erkrankung des Mannes oft selbst bei Versicherten, die Hausgeld erhalten, einen Ausfall an Arbeitsverdienst, der für die gesamte Familie den Ruin bedeuten kann. Bei Erkrankung der Frau liegt die Gefahr nahe, daß der Haushalt in nicht wieder gutzumachende Unordnung gerät und insbesondere kleinere Kinder, die aufsichtslos zurückgeblieben sind, verwahrlosen. Oftmals bleiben alte Angehörige allein in der Wohnung, die ohne fremde Hilfe nicht leben können. Gerade bei verantwortungsvollen Menschen ist diese Ungewißheit, was aus den Angehörigen während der Abwesenheit des Ernährers, der Mutter, der Hausfrau, der Pflegerin wird, Anlaß, sich oft zu spät zum Aufsuchen des Krankenhauses zu entschließen. Gynäkologen beklagen es immer wieder, daß Frauen mit Carcinom, Descensus, Prolaps die Anstalt aus den genannten Gründen viel zu lange meiden.

Die Fürsorge für die Familien der Krankenhausinsassen bezieht sich auf die Beratung in gesundheitlicher Beziehung und wird bei ansteckenden Krankheiten und Geisteskrankheiten danach streben, die zuständigen Fachfürsorgestellen aufmerksam zu machen. Hauptsächlich aber handelt es sich um Geld- oder Sachleistungen, durch die der Haushalt vor dem Zusammenbruch bewahrt bleibt, die Gestellung einer Hauspflegerin während der Abwesenheit der Hausfrau, die Beaufsichtigung der Kinder usw.

Die dritte Aufgabe, die hier und da in den Begriff der sozialen Krankenhausfürsorge miteinbezogen wird, ist *Unterhaltung und Arbeit*. Die Zerstreuung der Kranken wird aber besser nicht mit der Fürsorge verquickt. Die neuesten Fortschritte der Technik nehmen dieser Frage ohnehin die Aktualität. Wie werden hoffentlich in absehbarer Zeit in allen Anstalten, die Kranke beherbergen, Empfangsgeräte für den Rundfunk haben, die den Kranken diese unvergleichliche Möglichkeit der Zerstreuung und Belehrung in ganz anderem Maße gewähren, als es eine einzelne, noch so begeisterte Fürsorgerin vermag. Dagegen kann die in Frankfurt a. M., Breslau und Nürnberg getroffene Einrichtung, daß den Kranken von den Fürsorgerinnen Lesestoff auf die Stationen mitgebracht wird, durchaus dazu beitragen, das Vertrauen zur Fürsorgerin zu stärken. Die Krankenarbeit gehört zunächst in das Gebiet der ärztlichen Therapie und bleibt an den Grenzen, die vorläufig noch der Fürsorge im Krankenhaus gezogen werden müssen. Eine Ausnahme bilden auch jetzt schon bestimmte Fachanstalten, bei denen pädagogische Ziele verfolgt werden, vor allem Kinderkrankenhäuser.

Der Siegeszug des Fröbelschen Gedankens, daß das ältere Kleinkind spielend lernt und deshalb durch ein System von Spiel, Beschäftigung, Anschauung und Darstellung erzieherisch beeinflußt werden kann und muß, hat vor den Mauern des Krankenhauses nicht haltgemacht. Dort, wo chronisch-kranke Kinder monate-, ja jahrelang verpflegt werden — es sei nur an die chirurgischen Tuberkulosen erinnert —, drängt sich das Bedürfnis nach Ergänzung der ärztlichen Behandlung am stärksten auf. Der enge Raum, die ungewohnte Umgebung, das Fehlen von Gegenständen zum Spielen und schließlich die Beschränkung der Bewegungsfähigkeit durch die Krankheit, das sind Gründe, die zusammen dazu führen müssen, den dem Kinde innewohnenden Spiel- und Beschäftigungstrieb zu hemmen, es seelisch und geistig verkümmern zu lassen oder gar der Verwahrlosung zuzutreiben. Manche Schwester versucht, neben ihren pflegerischen Auf-

gaben sich auch auf dem Gebiete der Erziehung zu betätigen, ihrem Wirken sind durch Zeitmangel und fehlende Vorkenntnisse Schranken gezogen. Deshalb sind in mehreren Anstalten nicht nur Lehrerinnen zur Vermittlung des Schulwissens, sondern auch fachlich vorgebildete Kräfte, wie Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen, Jugendleiterinnen, eingestellt worden. In der Kinderheilanstalt Buch der Stadt Berlin, die 850 Betten für chronisch-kranke Kinder hat, sind außer 2 Lehrerinnen 5 Kindergärtnerinnen beschäftigt, die die Prüfungen als Kindergärtnerin und Hortnerin abgelegt haben. Ein Versuch, Schwestern heranzuziehen, die gleichzeitig geprüfte Kindergärtnerinnen waren, hat sich deshalb nicht bewährt, weil sie infolge ihrer doppelten Verwendungsmöglichkeit immer wieder zu Schwesternarbeiten abberufen wurden. Kindergärtnerinnen, die in Krankenanstalten tätig sind, müssen auf jeden Fall hygienische Kenntnisse über das übliche Maß hinaus, insbesondere auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten besitzen und sich auch durch Teilnahme an den Fortbildungskursen der Schwestern weiterbilden. Jede Kindergärtnerin in Buch versieht ein Haus mit etwa 100 Kindern, von denen nur die Hälfte schulpflichtig sind, — eine recht große Zahl. Bei achtstündigem Arbeitstage werden wöchentlich ein freier Tag oder zwei freie Halbtage gewährt. Die Beschäftigung der verschiedenen Altersklassen ist folgende:

3—5 Jahre: Perlenreihen, Legespiele, Farbübungen, Fingerspiele, Bewegungsspiele, Bauen.
6—12 Jahre: Falten, Ausschneiden, Tönen, Turnen, Ballspielen.
12—16 Jahre: Handarbeiten, Holzarbeiten, Anfertigen von Spielzeug für die jüngeren Kinder, Volkstänze, Turnen, Geschenkanfertigung für Kindergeburtstage.

Das Material für die Arbeiten wird zum Teil durch den Anstaltshaushalt, zum größeren Teil durch Sammeltätigkeit und Verkauf fertiger Arbeiten beschafft.

Am Allerheiligenhospital in Breslau ist eine „Kindertante" auf diesem Gebiete der erzieherischen Fürsorge tätig, in der Frankfurter chirurgischen und Kinderhautklinik sind 2 Kindergärtnerinnen angestellt.

4. Organe.

Diese Fülle von Aufgaben könnten weder Ärzte noch Schwestern des Krankenhauses aus Zeitmangel übernehmen. Aber ganz abgesehen davon, sind zu ihrer Erledigung so viele Sonderkenntnisse nötig, die kaum noch das Gebiet der klinischen Medizin berühren, daß sich mit wirklichem Nutzen *nur eine besonders vorgebildete Persönlichkeit* mit ihnen befassen kann.

Frauen, die jahrelang ehrenamtlich in der sozialen Arbeit gestanden und sich bewährt haben, können hierin zweifellos ebenso Gutes leisten wie angestellte Kräfte eines Vereins oder einer Behörde. Aber jemand, der sich nur nebenbei mit Fragen der sozialen Fürsorge beschäftigen kann, ist bei der Ausdehnung und Vielgestaltigkeit, die die Wohlfahrtspflege bekommen hat, heute kaum noch in der Lage, den Überblick über das Gesamtgebiet zu behalten; wer aber seine ganze Zeit und Kraft der Allgemeinheit widmen will, braucht den finanziellen Rückhalt, der heute kaum einem Deutschen zur Verfügung steht. Privatpersonen haben oft Schwierigkeiten in der praktischen Arbeit. Sie vermögen sich gegenüber amtlichen Stellen nicht mit dem nötigen Nachdruck durchzusetzen, von den Kranken werden sie als „feine Damen" unter Umständen mit Mißtrauen, ja Abneigung betrachtet, zumal wenn sie nicht in Tracht gehen. Infolgedessen wird nur in kleinen Anstalten mit geringem Arbeitsumfange die Mitarbeit privater Personen angebracht sein. Zwei Bedingungen müssen jedoch unter allen Umständen gestellt werden: Die Vorbildung darf nicht aus gutem Willen und sozialem Empfinden allein bestehen, wenn auch andererseits die beste Vorbildung ohne Gemeinschaftssinn nichts nutzen kann; und auch private Personen müssen sich in ihrer Eigenschaft als Gehilfen des Arztes der Schweigepflicht unterwerfen.

Die soziale Krankenhausfürsorgerin ist in allererster Linie *Gehilfin des Krankenhausarztes*, erst in zweiter Linie Beauftragte einer anderen ärztlichen oder auch nichtärztlichen Stelle. Deshalb ist es das Ideal für größere Anstalten, daß

zum Personal des Krankenhauses eine Fürsorgerin gehört, wie es Klemperer bereits 1915 auf Grund der Erfahrungen im Berliner Krankenhaus Moabit wünschte. Die Schwester, deren Werdegang auf das Ziel der Krankenpflege abgestellt ist, bringt mit diesem Ausbildungsgang wichtige und nicht zu entbehrende Grundlagen mit. Sie hat den Vorteil, daß sie die biologischen Gedankengänge und Arbeitsmethoden kennt. Mehr als eine andere Person bekommt sie ein getreues Bild des Kranken und erwirbt leicht sein Vertrauen, da sie dauernd um ihn ist und an seinen Nöten zuerst Anteil nimmt. Als durch Traditionen gesichertes Glied des Anstaltsorganismus wird sie Schwierigkeiten mit der Verwaltung oder den Ärzten weniger ausgesetzt sein. Allerdings liegt in der direkten Abhängigkeit von diesen Stellen auch die Gefahr begründet, daß die Schwester ihren Anregungen nicht genügend Nachdruck verleiht. Wesentlich schwerer als dieser Einwand gegen die Beschäftigung von Schwestern wiegt ein anderer. Die Krankenhausschwester ist oftmals nicht in der Lage, sich den ausreichenden Überblick über die Verhältnisse des Lebens draußen zu verschaffen, sofern sie nicht völlig von ihrer sonstigen Tätigkeit entbunden wird, und sie muß sich vor allem erst in das Gebiet der Fürsorge durch Erwerbung vieler neuer Kenntnisse einarbeiten. Für kleinere Verhältnisse bleibt es aber trotzdem der beste Ausweg, eine Schwester für die soziale Arbeit nachzuschulen und sie dafür von den übrigen Pflichten in ausreichendem Umfange zu befreien, wie es etwa in Stettin geschehen ist. Für große Anstalten, insbesondere für die mit mehr als 500 Betten und zur gemeinsamen Versorgung mehrerer Anstalten kommt dagegen die Anstellung einer ausschließlich auf dem Gebiete der Krankenhausfürsorge tätigen Sozialbeamtin als Mitglied des Anstaltspersonals in Frage, möglichst einer solchen, die aus dem Schwesternstande hervorgegangen ist. Sie kann sich dann leicht den anderen Schwestern gegenüber Autorität verschaffen, ist durch die völlige Loslösung vom eigentlichen Krankenpflegedienst in ihrer Bewegungsfreiheit nicht gestört und wird damit den Kranken die Botin des Lebens, dem Krankenhauspersonal eine willkommene Ergänzung. Derartige Spezialkräfte sind zur Zeit in etwa 20 Städten tätig, so in Berlin, Dresden, Düsseldorf, Nürnberg, Stettin. Dem Wesen der Arbeit entspricht es, wenn die staatliche Anerkennung als Wohlfahrtspflegerin im Hauptfach Gesundheitsfürsorge zur Bedingung gemacht wird. Eine solche kombinierte Ausbildung als Krankenpflegeperson und Fürsorgerin haben die amerikanischen social workers sehr häufig. Die hohe Wertschätzung, die man dort der sozialen Krankenhausfürsorge zuteil werden läßt, prägt sich auch im Unterrichtsplan für die Krankenpflegeschülerinnen aus. So werden im New Yorker Krankenhaus Mount Sinai die Lernschwestern in der Fürsorgeabteilung zunächst zur Besprechung von typischen Einzelfällen herangezogen, dann in einer Vorlesungsreihe über die Grundgedanken der sozialen Krankenhausfürsorge unterwiesen und schließlich 3 Monate lang durch praktische Arbeit sowohl in den Anstaltsabteilungen für soziale Fürsorge, wie in den Ambulatorien fortgebildet. Den Abschluß des praktischen Vierteljahres bildet eine mündliche Prüfung und die obligatorische Besichtigung von Anstalten und Einrichtungen der offenen Fürsorge. In Frankreich wird den „assistantes sociales" Ablegung der Schwesternprüfung zur Bedingung gemacht, die Ausbildung in einer sozialen Schule als erwünscht bezeichnet. In Deutschland haben die sozialen Krankenhausfürsorgerinnen in Dresden, Düsseldorf, Elberfeld, Frankfurt a. M., Gelsenkirchen, Jena, Königsberg, Leipzig, Nürnberg, Stettin und Stuttgart mehr oder minder vollständig diese doppelte Vorbildung. In Breslau ist eine geprüfte Hortnerin und Jugendpflegerin tätig, in einigen Berliner Krankenhäusern, in Altona, Bonn, Frankfurt a. M., Kiel und Rohrbach werden Wohlfahrtspflegerinnen beschäftigt.

Jeder, der in der sozialen Fürsorge, insbesondere aber auf vorgeschobenem Posten, in noch wenig bekanntem Gebiete arbeitet, sollte auch die formalen Bedingungen im Ausbildungsgang erfüllt haben. Damit soll nicht bestritten werden, daß es letzten Endes auch hier oder gerade hier auf die Persönlichkeit ankommt. Denn nach dem Gesagten erheischt der Umgang mit den Kranken eben deshalb, weil ein Eindringen in die persönlichen Verhältnisse viel mehr als sonst in der Fürsorge erfolgt, das größte Geschick und den feinsten Takt, Ruhe und Sicherheit des Auftretens, gefälliges Aussehen, Wärme und Innerlichkeit und sorgfältiges Eingehen auf die individuelle Note unter Vermeidung jeder schematischen Bindung. Nächst der guten Vorbildung und persönlichen Eignung ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit, daß die Fürsogerin in Ausübung ihrer Tätigkeit dem ärztlichen Leiter des Krankenhauses unmittelbar, nicht aber den Leitern einzelner Abteilungen *unterstellt* ist. Nur dann werden Reibungen vermieden werden können. Die Unterstellung unter eine andere Dienststelle als die für das Krankenhaus zuständige, hat aus gleichen Gründen die größten Bedenken. Nach diesem Grundsatze sind die Fürsorgerinnen in den meisten Berliner städtischen Krankenhäusern, in Dresden, Düsseldorf, Nürnberg, Stettin, Stuttgart der Krankenhausverwaltung bzw. dem Gesundheitsamt unterstellt.

Noch auf anderem Wege haben eine Reihe von Städten versucht, soziale Krankenhausfürsorge zu treiben. Dort, wo das Netz der Fürsorgeeinrichtungen besonders dicht und ein großer Stamm fachlich vorgebildeten Personals vorhanden ist, ist die *Bezirksfürsorge* herangezogen worden. Diejenige Form der Organisation, bei der wie in Altona, die Fürsorgerin, in deren Bezirk die Anstalt liegt, die Aufgaben der sozialen Krankenhausfürsorge unter Befreiung von anderen Dienstobliegenheiten wahrnimmt, unterscheidet sich kaum von der bisher beschriebenen Form. Sie hat die Nachteile, daß die Beziehungen zu dem Krankenhauspersonal nicht so leicht aufrecht erhalten werden können und doppelte Bearbeitung ohne den Vorteil der engen Fühlungsnahme mit dem Krankenhaus nötig ist, da die Bezirksfürsorge in einer Reihe von Fällen sowohl bei der Ermittlung, wie bei der nachgehenden Fürsorge, nicht mehr örtlich zuständig ist und die Aufträge abgeben muß. Dagegen ist mit der Bezirksfürsorge bei einer Abänderung ein sehr beachtenswertes Verfahren möglich, wie es etwa in Gelsenkirchen und Königsberg i. Pr. in Gebrauch ist. Dort suchen die Bezirksfürsorgerinnen die Kranken ihres Sprengels, die in das Krankenhaus überwiesen werden, in der Anstalt auf und erledigen alles Nötige. Es hat sich herausgestellt, daß die Mehrzahl der die Fürsorge in Anspruch nehmenden Kranken bereits bei irgendeiner Gelegenheit der Bezirksfürsorgerin bekannt war, so daß Meldungen vom Krankenhaus aus selten nötig wurden. Wichtig ist, daß in Gelsenkirchen die Bezirksfürsorgerinnen zu diesen Besuchen verpflichtet sind, außerdem muß das Krankenhaus seinerseits sämtliche Aufnahmen von Tuberkulösen, Geisteskranken, Kindern mit ansteckenden Krankheiten und Säuglingen sofort telefonisch den in Betracht kommenden Bezirksfürsorgerinnen mitteilen. Dieses Verfahren hat erhebliche Vorzüge, wenn keine großen Wege zurückzulegen sind und nicht unnütze Zeit vergeudet wird. Denn es wahrt die Einheit der Fürsorge. Es könnte jedoch im Krankenhause nachteilig empfunden werden, daß bei einer größeren Zahl von Bezirksfürsorgerinnen eine ganze Reihe verschiedener Personen im Krankenhaus aus- und eingehen, und damit die gegenseitige Gewöhnung erschwert wird. Auf jeden Fall muß aber immer, wenn die Bezirksfürsorge auch mit der sozialen Krankenhausfürsorge beauftragt wird, die Betreffende eine Gesundheitsfürsorgerin sein, andernfalls wird der Verflachung Tür und Tor geöffnet. Ebenso wird man in der verwaltungsmäßigen Unterstellung darauf sehen, daß nur eine gemeinsame übergeordnete Stelle vorhanden ist.

5. Träger.

Träger der sozialen Krankenhausfürsorge ist ursprünglich die organisierte, freie Wohlfahrtspflege gewesen und bis heute im angloamerikanischen Kulturkreise und in Frankreich geblieben.

In den *Vereinigten Staaten von Nordamerika* beteiligen sich im wesentlichen zwei Organisationen an der sozialen Krankenhausfürsorge: „the american association of hospital social workers" und „the national conference of social work". Außerdem ist in der „american hospital association" neben den verschiedenen Abteilungen für Verwaltungsbeamte, Schwestern usw. auch eine für „hospital social workers" vorgesehen, und ebenso hat die „national public health association" eine Untergruppe „hospital social service". Jeder Staat hat seine besonderen Landesorganisationen; in großen Städten sind Ortsgruppen, so in New York „hospital social service association of New York" mit einer eigenen Zeitschrift „Hospital social service". Eine erwähnenswerte Ausnahme bildet die kanadische Stadt Toronto. Dort sind von der Gemeinde besondere Fürsorgerinnen angestellt, die den „Hospital extension service" als Beauftragte des Gesundheitsamtes durchführen.

Die innere Organisation zeigt das Beispiel Bostons: Das Bureau mit der Bezeichnung „social service department" bildet seit 1919 eine besondere Abteilung des Krankenhauses. Diese Abteilung erhält sich im wesentlichen selbst aus Mitteln, die von der freien Wohlfahrtspflege aufgebracht werden. Unter Oberleitung von 2 Frauen, chief und acting chief, sind etwa 50 Fürsorgerinnen tätig, die in verschiedene Gruppen eingeteilt sind und zu mehreren einer leitenden Fürsorgerin (head worker) unterstellt sind. Jede dieser Gruppen hat ihr besonderes Arbeitsgebiet in den einzelnen Fachabteilungen; außerdem ist zwischen Außendienst und Innendienst getrennt, die den Außendienst versehenden Gruppen überwiegen zahlenmäßig. Die Arbeit der letzteren entspricht dem, was den Fürsorgerinnen unserer Fürsorgestellen obliegt. Neben diesen Stammkräften sind eine große Anzahl freiwilliger Mitarbeiter, „volunteers", tätig; unter ihnen finden sich viele Studentinnen der Staatswissenschaften, für die besonders an den kalifornischen Universitäten praktische Arbeit im hospital social service zum Bildungsgang gehört. Über dem department steht ein Überwachungsausschuß, „supervisery commitee", dem der Direktor der Anstalt, Anstaltsärzte, Sozialbeamte und an sozialer Arbeit interessierte Privatleute angehören.

In *England* ist die soziale Krankenhausfürsorge aus der Arbeit der Armenpflegerinnen, „ladies almoners", hervorgegangen. Bis zum Jahre 1925 besaßen 13 Krankenhäuser in der Hauptstadt und 15 in den Provinzen soziale Fürsorgerinnen. Das St. Thomas-Hospital in London verfügte über 19 Fürsorgerinnen, 2 Außenfürsorgerinnen und 17 Bureauangestellte, die im „social service department" tätig sind. Die Finanzierung geschieht hauptsächlich von privater Seite, teils durch Zuschüsse des Gesundheitsministeriums. Spitzenorganisation ist das aus Fürsorgerinnen und Interessenten der verschiedenen Kreise zusammengesetzte „Institute of hospital almoners".

In *Paris* ist die auf Veranlassung des amerikanischen Roten Kreuzes in den Kriegsjahren eingerichtete soziale Krankenhausfürsorge zunächst von einem französischen Komitee für den Bereich der Entbindungsanstalten übernommen worden (conseil d'administration du service médico-social des maternités). Seit 1918 wurden auch Tuberkuloseanstalten unter der Leitung der Association du service d'assistance aux tuberculeux des hôpitaux de Paris mit einbezogen; im Jahre 1921 entstand eine dritte Abteilung, section des enfants, und im gleichen Jahre vereinigten sich sämtliche bestehenden Einzelorganisationen zu einem Verbande „le service social à l'hôpital". Die Organisation ist privat und völlig unabhängig, aber führende Persönlichkeiten der öffentlichen Wohlfahrtspflege sind in ihr vertreten, haben zum Teil Vorstandsämter inne und stellen damit einen engeren Zusammenhang zwischen öffentlicher und privater Wohlfahrtspflege her. Der Vorstand hat 3 Abteilungen. Ein comité d'honneur schließt die Protektoren zusammen, ein comité de propagande wirbt für die Arbeit und besorgt die Mittel, ein comité général hat die Oberleitung der praktischen Arbeit; sein Vorsitzender ist der directeur de l'Assistance Publique, außerdem sind die Vorsitzenden der einzelnen Sektionen, Ärzte und Fachleute auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege vertreten. Für die 5 Arbeitsgebiete sind besondere Abteilungen gebildet: section des tuberculeux, section des enfants, section des maternités, section de chirurgie, section de médécine générale (welche auch die Geschlechtskrankenabteilungen der Krankenhäuser mit einschließt). Eine section de psychiatrie ist in Aussicht genommen. Jede Abteilung ist in der Arbeit völlig selbständig, hat ihren eigenen Etat und unterhält selbst das notwendige Personal. Ihr Vorstand setzt sich aus Ärzten der in Betracht kommenden Anstalten, Sozialbeamtinnen, einigen Philanthropen, einem Schatzmeister und einem Rechtsbeistand zusammen. Sämtliche Abteilungen unterstehen jedoch der Leitung des zentralen Bureaus. Allwöchentlich versammeln sich die Fürsorgerinnen bei der Sektion, allmonatlich die Sektionen bei der Leitung zu Arbeitsbesprechungen und zum Austausch der Erfahrungen. Die Mittel

werden zum größeren Teil von privater Seite aufgebracht. Der Haushaltsplan für 1924 schließt mit 323 000 Francs ab, davon waren 145 000 Francs Zuschüsse amtlicher Stellen (conseil municipal de Paris, conseil général de la Seine, ministère de Hygiène et d'Assistance Publique). Die sächlichen Ausgaben beanspruchen 60 000 Francs, der Rest entfällt fast ausschließlich auf die Gehälter der Fürsorgerinnen, die als assistante sociale titulaire jährlich 7950 Francs, als Hilfskraft 6730 Francs erhalten. Im Jahre 1925 umfaßte die Organisation 34 Dienststellen und hatte 39 assistantes sociales angestellt. Neben diesem Verein bekümmert sich noch in ähnlicher Weise eine im Jahre 1914 von evangelischer Seite ins Leben gerufene Vereinigung, „les volontaires du service sociale", besonders um Arbeiterfamilien, und eine „service sociale des cancéreux", eine Untergruppe der bereits erwähnten Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer", übt die nachgehende Fürsorge für die aus den Anstalten entlassenen Krebskranken aus. Außer in Paris ist die soziale Krankenhausfürsorge noch in Lyon und Marseille eingeführt, sowie in Rouen und Toulouse, wo das Rote Kreuz Träger der Arbeit ist.

Die geschilderten Organisationsformen beruhen auf dem Vorwiegen der freien Liebestätigkeit in den genannten Ländern. Um den Grundgedanken für Deutschland nutzbar zu machen, war die Anpassung an die historisch gegebenen Verhältnisse auf dem Gebiete der Sozialversicherung und Wohlfahrtspflege nötig. In Deutschland ist das Bestreben unverkennbar, als eines der letzten Gebiete auch die soziale Krankenhausfürsorge in das System der öffentlichen Fürsorge mit einzubeziehen, nachdem die Pionierarbeit der privaten Fürsorge das Neuland erschlossen und mit Erfolg gezeigt hat, daß die Bebauung notwendig und möglich ist. So haben bereits über 40 Städte soziale Krankenhausfürsorge mit in ihr Arbeitsgebiet aufgenommen. Der Staat ist als Träger der Arbeit in den Universitätskliniken Jena aufgetreten. Die freie Wohlfahrtspflege ist bestrebt gewesen, ihre Vormachtstellung auf diesem Gebiete nicht zu verlieren. Das Rote Kreuz in Hamburg und Liegnitz, interkonfessionelle Wohlfahrtsvereine in Berlin, München, Stuttgart, evangelische Organisationen in Berlin, Danzig, Dessau, Dortmund, Elberfeld, Hannover, Haspe, Hildesheim, Kolberg, Wiesbaden, Witten, katholische Organisationen in Danzig, Elberfeld, Hildesheim, Wiesbaden, Witten, jüdische Organisationen in Berlin, Breslau, Frankfurt a. M., Hannover, Mainz —, eine Fülle von freiwilligen Mitarbeitern, die begrüßt werden muß, aber auch eine ernste Mahnung ist, rechtzeitig die Bewegung in eine der Sache gerechtwerdende Bahn zu lenken! Zweifellos können leistungsfähige Vereine die Voraussetzungen eines stetigen Ablaufes der Arbeit und eines vollen Einsatzes der Kräfte erfüllen. Das beweist die Arbeit im Hamburger Krankenhaus Barmbeck und in den Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité. Aber sie sind zu starken Bedrohungen ihrer Existenz ausgesetzt und bleiben Ausnahmen, die nur dank der Kraft der hinter ihnen stehenden Persönlichkeiten gerechtfertigt sind. Wenn von privater Seite die soziale Krankenhausfürsorge aufgenommen wird, so muß verlangt werden, daß sie lediglich nach gesundheitspolitischen Gesichtspunkten interkonfessionell, interpolitisch und im Wege einer Arbeitsgemeinschaft zwischen den Trägern der öffentlichen und privaten Fürsorge durchgeführt wird. Der § 5 der Fürsorgepflichtverordnung, der zum ersten Male auch die freie Wohlfahrtspflege als gleichberechtigt der öffentlichen anerkennt, gibt hierzu die Handhaben. Die private Fürsorge hätte dann die Hilfskräfte für die Dienstleistung zu stellen und aus den Reihen der Bürgerschaft Geldmittel zu erschließen, die leichter zu erhalten sind, wenn sie für festumschriebene Zwecke der individuellen Fürsorge benötigt werden. Die öffentliche Fürsorge ihrerseits hätte die praktische Arbeit durch ausreichende Zuschüsse zu den Personalunkosten des Vereins zu sichern, sich für Verwaltungsgeschäfte zur Verfügung zu stellen und über die Gleichmäßigkeit und Einheitlichkeit der Arbeit zu wachen. Diese Lösung dürfte für kleinere Gemeinden viele Vorzüge haben, zumal sie Gelegenheit gibt, interessierte Kreise zur Mitarbeit heranzuziehen. In den schwer übersehbaren

Verhältnissen der großen Städte, die ohnedies eine beträchtliche Zahl beamteten Fürsorgepersonals beschäftigen, dürfte dagegen die Gemeinde der gegebene Träger sein, der auch auf Wunsch nichtstädtische Anstalten mit versorgen sollte.

Für die einheitliche und gleichmäßige Ausgestaltung der Arbeit wird in Zukunft eine alle Beteiligten zusammenfassende *Spitzenorganisation* nicht zu entbehren sein.

6. Organisation der praktischen Arbeit.

Die *praktische Arbeit* der sozialen Krankenhausfürsorgerin erstreckt sich auf die *Stationsbesuche, Abhaltung von Sprechstunden und Besprechungen mit den Stationsärzten.* Alle Fürsorgebedürftigen sind am besten dann zu erfassen, wenn die Fürsorgerin täglich im Aufnahmebüro die Personalbogen der neuaufgenommenen Kranken durchsieht, um sich bereits ein ungefähres Bild zu machen, wer überhaupt für ihren Besuch in Betracht kommt, und außerdem tägliche Meldungen von der Stationsschwester erhält, ob irgendeiner der Kranken den Besuch der Fürsorgerin verlangt hat. Selbstverständliche Voraussetzung ist es, daß der Zustand des Kranken eine Aussprache gestattet, durch ständige Fühlungnahme mit dem Stationsarzt läßt sich dies ohne Schwierigkeiten feststellen. Die Fürsorgerin geht nun am besten, so wie es in Dresden und Frankfurt a. M. geübt wird, regelmäßig von Bett zu Bett und stellt sich allen Neuaufnahmen vor, sofern nicht ausdrücklich darauf verzichtet wird. Die soziale Krankenhaushilfe des Caritasverbandes in der Stadt Elberfeld überreicht den Kranken einen kleinen Handzettel, der mit folgenden Worten beginnt: „Wir gestatten uns, Ihnen diese kleine Anschrift auf Ihr Krankenbett zu legen, mit der recht herzlichen Bitte, dies nicht als eine Zudringlichkeit zu betrachten. Was uns dazu bewogen hat, ist nur unser guter Wille, Ihnen zu helfen, wenn Sie in irgendeiner Weise unserer Hilfe bedürfen. Sie werden fragen, was will die soziale Krankenhaushilfe? Sie will ein dreifaches: . . .“ Nun folgt in eindringlicher Form eine kurze Aufzählung der verschiedenen Hilfsmöglichkeiten, sie schließt mit der Aufforderung: „Bitte, trennen sie den unteren Teil dieser kleinen Anschrift ab und geben Sie denselben mit Ihrer Adresse versehen der Stationsschwester. Diese wird die Güte haben und die Krankenhaushilfe benachrichtigen. Jederzeit sind Meldungen durch Fernruf zu bestellen, es wird dann sofort die Fürsorgerin oder der Fürsorger kommen.“

Bei diesen regelmäßigen Rundgängen erledigt die Fürsorgerin gleichzeitig die Angelegenheiten von Patienten, die schon länger im Krankenhaus weilen, aber noch an das Bett gefesselt sind. Derartige Stationsbesuche müssen durchaus nicht täglich erfolgen, meist genügt es, daß jede Station wöchentlich ein- bis zweimal aufgesucht wird, es sei denn, daß dringliche Wünsche einzelner Kranken vorliegen. Nur die Entbindungsanstalten müssen möglichst jeden Tag begangen werden, um bei dem starken Wechsel der Kranken und der besonderen Fürsorgebedürftigkeit werdender und junger Mütter jederzeit Hilfe bringen zu können.

Alle Patienten, die bereits das Bett verlassen können, bringen ihre Anliegen in den Sprechstunden vor. Hier bietet sich dann die Gelegenheit, in aller Zurückgezogenheit mit den Kranken eingehende Aussprachen herbeizuführen und vor allem auch mit den Angehörigen Fühlung zu bekommen.

Da in diesen Sprechstunden Vertrauen geheischt wird, ist es eigentlich eine Selbstverständlichkeit, daß die Krankenhausverwaltung der Fürsorgerin einen besonderen Raum zur Durchführung ihrer Arbeit anweist. Ein unmögliches Beginnen ist es, Warteräume in der Aufnahmeabteilung oder Bureauräume, die zu gleicher Zeit noch von anderen Personen benutzt werden, der Fürsorgerin als Sprechstundenräume anzubieten. Am zweckmäßigsten ist es, wenn dieses Zimmer der Fürsorgerin als besondere Einrichtung deutlich bezeichnet ist; notwendig ist ein Telephonanschluß und eine Gelegenheit zur Unterbringung einer Kartei.

Die Zahl der Sprechstunden ist nach der Größe der Anstalt, der Art und dem Wechsel der Kranken recht verschieden, sie sollte in größeren, allgemeinen Krankenhäusern nicht unter 3mal wöchentlich sinken. Eine wertvolle Ergänzung des gesamten Krankenhausaufenthaltes bedeutet es, wenn alle zur Entlassung bestimmten Kranken von den Ärzten und Stationsschwestern auf die Sprechstunden der Fürsorgerin aufmerksam gemacht werden, um sich dort nötigenfalls noch Ratschläge zu holen. Besprechungen mit dem Stationsarzt sind nicht regelmäßig, sondern nur von Fall zu Fall nötig; viele Wünsche des Arztes, die bei der Visite geäußert werden, können durch die Stationsschwester übermittelt werden. Jedoch soll die Fürsorgerin nichts ohne Wissen und Willen des Arztes tun. Die Teilnahme an den ärztlichen Visiten ist für die Fürsorgerin in Deutschland vorläufig nicht eingeführt und auch aus technischen Gründen kaum durchführbar, in Frankreich ist sie obligatorisch.

Der wichtigste Punkt in der Organisation der praktischen Arbeit ist noch umstritten. Er bezieht sich darauf, ob und wieweit die soziale Krankenhausfürsorge selber ein Unterstützungsorgan ist. Die überwiegende Ansicht, besonders in den Riesenstädten, sieht in der sozialen Krankenhausfürsorge hauptsächlich eine *Vermittlungsstelle*. Kraft und Zeit würden nutzlos vergeudet werden, wenn die Fürsorgerin in jedem Einzelfalle die erforderlichen Ermittlungen selbst anstellte und die Hilfsmaßnahmen durchführte, ganz abgesehen davon, daß hierdurch der Wohlfahrtsjägerei Vorschub geleistet würde. Vielmehr veranlaßt die soziale Krankenhausfürsorgerin bei den jeweils in Betracht kommenden Stellen der öffentlichen oder privaten Wohlfahrtspflege die notwendigen sozialen Ermittlungen, und ebenso zieht sie während der Krankenhausbehandlung und unmittelbar nachher wieder die einzelnen Stellen, vornehmlich die fachliche Fürsorge heran, um unter Verwertung der im Krankenhause angestellten Beobachtungen rechtzeitig und ausreichend die nachgehende Fürsorge für den Kranken und seine Familie in die Wege zu leiten. Sie versieht also im Krankenhaus den fürsorgerischen Innendienst und faßt die an verschiedenen Stellen verstreut befindlichen Beobachtungsergebnisse zusammen. Auf Grund dieser Synthese erfolgt dann die Abgabe an die Außenfürsorge. Diese Regelung schließt nicht aus, daß in besonderen Fällen die soziale Krankenhausfürsorgerin berechtigt sein muß, persönlich eine Ermittlung durchzuführen, und hindert nicht, daß auch ein kleiner Fonds zur unmittelbaren Verfügung stehen muß, um in dringenden Fällen, vornehmlich auch bei Angehörigen des Mittelstandes, einspringen zu können. So verfügen die Krankenhausfürsorgerinnen in den Berliner Universitätskliniken, in Breslau, Düsseldorf und Hamburg über eigene Mittel.

Die Schnelligkeit der Hilfeleistung ist ja für den weiteren Verlauf, ganz abgesehen von der seelischen Einwirkung auf den Kranken, so ausschlaggebend, daß verwaltungsmäßige Bedenken zurückstehen müssen. Enges Zusammenarbeiten mit dem Wohlfahrtsamte wird zu verhindern wissen, daß dieser Fonds von besonders findigen Kranken ausgeplündert wird.

Recht interessant ist, daß in dem Krankenhaus in Sheffield 10% eines von Arbeitnehmern und Arbeitgebern durch freiwillige Sammlung aufgebrachten Fonds für fürsorgerische Zwecke von vornherein für die nachgehende Fürsorge zurückgestellt sind und ausschließlich zur Bestreitung eines Aufenthaltes im Rekonvaleszentenheim verwendet werden. Im St. Thomas-Hospital in London wurden im Jahre 1925 aus den der Anstalt zur Verfügung stehenden Stiftungsmitteln 1200 £ für Fürsorgezwecke verwendet.

Diese Arbeitsweise ist wohl für große allgemeine Krankenhäuser die zweckdienlichste; sie würde zur Versorgung von etwa je 500 Betten eine Fürsorgerin bedingen. In mittleren und kleineren Anstalten wird es sich dagegen empfehlen, der sozialen Krankenhausfürsorge auch den Außendienst zu übertragen, oder umgekehrt mit der Durchführung der sozialen Krankenhausfürsorge eine Sozialbeamtin zu betrauen, die in der öffentlichen Wohlfahrtspflege, möglichst

im Dienstbereich des Gesundheitsamtes oder einer entsprechenden Behörde tätig ist.

Eine letzte Möglichkeit liegt darin, Fürsorgerinnen von Fachfürsorgestellen in die Fachabteilungen der Krankenhäuser zu entsenden, ähnlich, wie es von der Gefährdetenfürsorge und den Pflegeämtern bereits vielfach für den Bereich der Geschlechtskrankenstationen geschieht. So suchen in Bonn, Düsseldorf, Essen, Frankfurt a. M., die Fürsorgerinnen der Tuberkulosefürsorgestellen ihre Kranken regelmäßig im Krankenhause auf. Aber diese Methode verspricht nur dort Erfolg, wo bereits der größere Teil der fürsorgebedürftigen Bevölkerung der Fürsorgestelle bekannt ist, sie ist für allgemeine Krankenhäuser wenig zweckentsprechend. Der Ausgangspunkt der sozialen Krankenhausfürsorge ist eben das Krankenhaus, hier werden eine große Reihe neuer Notstände bekannt oder entstehen erst. Gerade der Gedanke, der dem amerikanischen social work, follow up und survey zugrunde liegt, daß es von der Anstalt aus am leichtesten gelingt, eine planmäßige Fürsorgetätigkeit zu entwickeln, ist für Deutschland so wertvoll. Wie die Aufzählung der Aufgaben gezeigt hat, kennt die soziale Krankenhausfürsorge keine Fachgrenzen, sondern muß das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege übersehen, um allen Anforderungen gerecht zu werden. Und endlich dient es nicht dazu, das Vertrauen der Ärzteschaft, der Schwestern, der Verwaltung zu erringen und das Verständnis für soziale Arbeit zu erwecken, wenn heute diese und morgen jene Fürsorgerin im Auftrage der zahlreichen sozialen Ämter in der Anstalt erscheint. Bezeichnenderweise ist auch im Auslande eine Lösung gefunden worden, die alle diese Gesichtspunkte berücksichtigt. Die Stadt Toronto in Canada wendet, wie viele andere nordamerikanischen Städte, das System der Bezirksfürsorge an, aber im Krankenhaus hat noch eine besondere Fürsorgerin ihren Sitz, welche von den einzelnen Bezirksfürsorgerinnen Berichte entgegennimmt und an sie die einzuschlagenden Maßnahmen mitteilt.

Der Erfolg einer durchgreifenden fürsorgerischen Arbeit hängt nicht zuletzt davon ab, daß die *Ärzteschaft* Aufgaben, Ziele und Grenzen der Fürsorge kennt, und daß die *Schwesternschaft* und die *Verwaltung* die Gleichberechtigung der Sozialbeamtinnen anerkennen. Deshalb müssen die Ärzte und Verwaltungsbeamte der Krankenanstalten in regelmäßigen Vortragsreihen in die Gedankenwelt der Wohlfahrtspflege eingeführt werden, und ebenso muß in *Fortbildungskursen* für Schwestern auch das Gebiet der sozialen Krankenhausfürsorge gewürdigt werden. Weiter sind im Krankenhause an auffälliger Stelle, vor allem im Aufnahmebüro und in den Warteräumen, möglichst auch noch in den Tagesräumen und in jedem Saale, *Anschläge* zu machen, die auf die Einrichtung der sozialen Krankenhausfürsorge hinweisen. Ein kurzer Text, wie in den Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité und in Breslau genügt: „Alle Patienten der Klinik, auch solche von außerhalb, können sich in Notlagen und Schwierigkeiten jeder Art vertrauensvoll um Rat und Hilfe an die Krankenhausfürsorge wenden. Sprechstunden: (folgen die Zeiten)."

Der Aufgabenkreis der sozialen Krankenhausfürsorge und die Frage ihrer Organisation ist bisher erst in wenigen Städten festgelegt worden. Als Muster zweier Ordnungen seien die *Richtlinien für die Durchführung der sozialen Krankenhausfürsorge in Berlin* und *die Dienstanweisung für die Krankenhausfürsorgerinnen in Dresden* angeführt:

Richtlinien für die Durchführung der sozialen Krankenhausfürsorge in Berlin.

1. Aufgabe der sozialen Krankenhausfürsorge ist, in Zusammenarbeit mit den übrigen Organen der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege den Patienten des Krankenhauses und der angeschlossenen Polikliniken und der Ambulatorien in allen Nöten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Die Tätigkeit der Fürsorgerin ist eine vermittelnde. Sie muß bestrebt sein, die jeweils zuständigen Einrichtungen der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege für ihre Schützlinge zu interessieren.

Aufgaben der sozialen Krankenhausfürsorge sind:

A. Die Fürsorge für den Kranken selbst:

1. Beratung in gesundheitsfürsorgerischer, wirtschaftlicher und sozialer Beziehung, Erledigung von Schriftverkehr, insbesondere mit Behörden, Organen der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege und Versicherungsträgern. Insbesondere ist der Kranke bei der Geltendmachung seiner berechtigten Ansprüche den Krankenkassen usw. gegenüber *sachkundig* zu beraten.

2. Vermittlung der Beschaffung von Behandlungskosten, Vermittlung von Heilstätten-, Erholungs- und Kuraufenthalten, Stellung von Anträgen bei den zuständigen Tuberkulose-Fürsorgestellen betreffs Unterbringung von Tuberkulösen in Heilstätten usw., Überleitung in andere Anstalten, insbesondere in Hospitäler.

3. Vermittlung der Vorsorge für die erste Zeit nach der Entlassung: Unterkunft, Unterstützung durch Geld oder Naturalien, Hilfe in der Wirtschaftsführung, Pflege des Kranken im Hause (z. B. Beschaffung von Krankenkost, kleinen Hilfsmitteln, Pflegepersonal), Überleitung in Einrichtungen der offenen Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege.

B. Für die Familie:

Beratung in gesundheitsfürsorgerischer und wirtschaftlicher Beziehung, Vermittlung der Fürsorge für aufsichtslose Kinder oder sonst hilflos zurückgebliebene Angehörige, Vermittlung der Beschaffung des notwendigsten Lebensunterhalts.

II. Die Krankenhausfürsorgerin ist für enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Schwestern und der Verwaltung des Krankenhauses verpflichtet. Insbesondere dürfen gesundheitsfürsorgerische Maßnahmen nur in Übereinstimmung mit dem Arzt getroffen werden.

Die Krankenhausfürsorgerin hat sich jeder Einmischung in die Krankenpflege im Krankenhause zu enthalten.

III. Die Krankenhausfürsorgerin hat nach Bedarf, mindestens aber zweimal wöchentlich, Sprechstunde abzuhalten. Während der Sprechstunde dürfen andere Personen im gleichen Raume nicht tätig sein.

Zeit und Ort der Sprechstunde sowie eine kurze Erläuterung über Art und Zweck der Krankenhausfürsorge sind durch Anschlag mindestens im Eingang des Krankenhauses, im Aufnahmebureau, in den Warteräumen und auf den Stationen bekanntzugeben.

Die Fürsorgerin muß mindestens einmal wöchentlich die Station des Krankenhauses besuchen.

Sie ist berechtigt, Hausbesuche und Ermittlungen, soweit sie solche für erforderlich hält, ausnahmsweise selbst auszuführen. Dabei hat sie aber ständig auf die gebotene Verbindung mit den vorhandenen Organen der Gesundheitsfürsorge bzw. Jugend- und Wohlfahrtspflege zu achten.

IV. Die Krankenhausfürsorgerin hat über Name, Adresse, Beruf und Nationale des Patienten und über die in seinem Interesse ergriffenen Maßnahmen und deren Erfolge in ihrem Tagebuch Nachweis zu führen. Außerdem muß sie einen Terminkalender führen.

V. Die Krankenhausfürsorgerin ist dem Gesundheitsamt unterstellt. Ihr unmittelbarer Vorgesetzter ist der ärztliche Direktor des Krankenhauses.

VI. Die der sozialen Krankenhausfürsorgerin dienstlich zur Kenntnis kommenden Tatsachen fallen unter die Amtsverschwiegenheit.

Dienstanweisung für die Krankenhausfürsorgerin in Dresden.

I. 1. Aufgabe der Krankenhausfürsorgerin ist die soziale Fürsorge für die einer solchen Fürsorge bedürftigen Krankenhauspfleglinge und ihre Familien während ihres Aufenthaltes im Krankenhause und nach ihrer Entlassung bis zur völligen Wiederherstellung.

Die Krankenhausfürsorgerin hat sich dabei jeder Einmischung in die Kranken*pflege* im Krankenhause zu enthalten, *insbesondere darf sie auch keine Beschwerden über die Behandlung im Krankenhause entgegennehmen oder weitergeben.*

2. Soweit nichts Besonderes bestimmt ist, gilt für sie die Dienstanweisung für die Fürsorgerinnen der Kreisstellen.

II. Die Krankenhausfürsorgerin hat im Einvernehmen mit der Stationsvorsteherin die in die ihr überwiesenen Krankenhäuser neu aufgenommenen, vermutlich Fürsorgebedürftigen, falls es ihr Zustand erlaubt, der zuständige Arzt keine Bedenken hat und die Kranken nicht ausdrücklich darauf verzichten, aufzusuchen und zu ermitteln, ob sie oder ihre Familie, ihre Wohnung usw. irgendwelcher Fürsorgemaßnahme bedürfen und hiernach das Erforderliche zu besorgen.

Sie hat weiter, falls der zuständige Arzt keine Bedenken hat, diejenigen Pfleglinge, die nach ihr verlangen, unverzüglich aufzusuchen und sich nach ihrem Anliegen zu erkundigen.

Sie hat endlich bei der Entlassung des Pfleglings festzustellen, ob er in wirtschaftlicher oder gesundheitlicher Beziehung weiterer Fürsorge bedarf, insbesondere die Anordnungen des Arztes für das Verhalten des Kranken nach der Entlassung entgegenzunehmen und deren Ausführung, soweit es ihre Zeit erlaubt, selbst zu überwachen, andernfalls der Fürsorgerin der zuständigen Kreisstelle zu diesem Zwecke Mitteilung zu machen.

Der Einblick in die Krankengeschichte der Kranken ist ihr nicht gestattet. Das Leiden des Pfleglings darf ihr, soweit es nicht aus den der Verwaltung zugänglichen Unterlagen ersichtlich ist, nur mit dessen ausdrücklicher Zustimmung mitgeteilt werden.

III. Es ist die besondere Aufgabe der Krankenhausfürsorgerin, dafür zu sorgen, daß die im Krankenhaus begonnenen gesundheitlichen Maßnahmen auch nach der Entlassung plangemäß durchgeführt werden und der Erfolg nicht durch wirtschaftliche Notlage oder Uneinsichtigkeit der Pfleglings wieder aufgehoben wird. Zu diesem Zwecke hat sie nach Durchführung der ihr obliegenden Maßnahmen in den Fällen, wo soziale Fürsorge nötig war, das Leiden des Pfleglings, die erforderliche Weiterbehandlung und etwa sonst notwendige Maßnahme durch den dazu bestimmten Vordruck der zuständigen Kreisstelle mitzuteilen, die diesen Vordruck, wenn Akten über den Pflegling vorhanden sind, zu den Akten nimmt, andernfalls nach Erledigung der Angelegenheit an die Zentralauskunftsstelle weitergibt.

Falls sie den Fall der Fürsorgerin der Kreisstelle überweist, ist dieser der Vordruck zuzustellen.

Befolgt der Kranke oder Genesende die Anordnungen des Arztes nicht, so ist dies dem Arzt des Amtes unverzüglich mitzuteilen.

IV. In jedem Falle, in dem ein Eingreifen der Fürsorgerin nötig wird, sind etwa schon vorhandene Aktenvorgänge nach Erkundigung bei der Zentralauskunftsstelle des Amtes sofort beizubeziehen und mit den etwa bereits in der Familie tätigen Fürsorgeorganen in Verbindung zu treten. Es ist streng zu vermeiden, daß in einer Familie gleichzeitig mehrere Organe der Fürsorge nebeneinander tätig werden.

Ist die Bewilligung von Geld oder sonstigen Unterstützungen nötig, so sind die Vorschläge mit Gutachten in derselben Weise dem Leiter der zuständigen Kreisstelle vorzulegen, wie es die Fürsorgerinnen der Kreisstellen tun.

V. Die Krankenhausfürsorgerin hat sich in der Regel nur mit den aus dem Stadtgebiet eingelieferten Kranken und den in ihm aufhältlichen Genesenden zu befassen. Nur in Fällen besonderer Not und Dringlichkeit ist das Eingreifen der zuständigen auswärtigen Gemeinde zu vermitteln. Unterstützungen sind Auswärtigen nur dann zu gewähren, wenn sie notwendig sind, um ihnen die Heimkehr zu ermöglichen.

Die Übersicht über die Aufgaben hat gezeigt, daß es sich hier zum Teil um Dinge handelt, die einer rechnerischen Nachweisung spotten. Oft kommt es mehr auf das „Wie" als auf das „Was" an, und die Unsumme von Arbeit, die sich manchmal hinter einer Beratung am Krankenbett oder einem Hausbesuch verbirgt, läßt sich in Zahlen allein nicht nachweisen. Die folgenden Arbeitsberichte sollen daher vor allem die Art der Arbeit in einer Reihe von Städten kennzeichnen:

7. Arbeitsberichte.

Berlin.

— 1925. —

	Krankenhaus Moabit	Rudolf-Virchow-Krankenhaus	Krankenhaus am Friedrichshain	Krankenhäuser am Urban und Gitschiner Str.	Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus	Wilmersdorfer Krankenhäuser	Auguste-Victoria-Krankenhaus Schöneberg	Universitätskliniken außerhalb der Charité
I. In Fürsorge genommen:								
Männer	253	876	600	362	0	156	375	376
Frauen	314	1008	629	568	0	274	732	1985
Kinder	19	204	45	15	285	2	135	237
Jugendliche	28	53	26	6	0	0	7	71
Insgesamt	614	2141	1300	951	285	432	1249	2669
II. Zahl der Hausbesuche . .	43	120	400	142	903	177	45	84

Berlin (Fortsetzung).

	Krankenhaus Moabit	Rudolf-Virchow-Krankenhaus	Krankenhaus am Friedrichshain	Krankenhäuser am Urban und Gitschiner Str.	Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus	Wilmersdorfer Krankenhäuser	Auguste-Victoria-Krankenhaus Schöneberg	Universitätskliniken außerhalb der Charité
III. Vermittlung von Aufnahmen in:								
Krankenhaus	0	16	32	5	8	0	5	106
Lungenheilstätte	55	118	88	4	140[1])	40	48	30
Irrenanstalt	5	8	14	7	6	1	3	2
Siechenhaus	47	566	353	283	0	48	4	7
Altersheim		5		3	0		31	2
Mütter- u. Säuglingsheim	0	189	29	0	3	.	59	30
Leichtkrankenhaus, Erholungsheim u. dgl.	94	97	188	12	19	108	82	84
Angehörigen	5	26	40	37	0	0	84	6
Privatpflege	7	.	88	14	3	.	3	3
Dadurch wurden Wohnungen frei	0	74	30	3	dazu Waisenhaus	13	4	.
Vorübergehende Unterkunft wurde beschafft	18	143	59	50	97	29	15	19
IV. Vermittelt:								
Orthopädische Apparate, Zahnersatz, Brillen und kleine Heilmittel	6	.	42	6	3	.	3	316
Ambulante Behandlung	—	.	9	.	253	.	9	242
Kostenübernahme d. Behandlung bzw. ein Zuschuß von nichtstädtischer Seite	—	76	130	.	.	3	.	379
Zum Selbstzahlen veranlaßt	—	.	10	.	.	.	.	86
Krankenpflege im Hause oder Wirtschaftsführung (Hauspflege)	—	30	.	39	.	2	4	79
Ernährungsbeihilfen, Kleidung, Heizung aus städtisch. Mitteln	—	310	84	18	150	3	4	34
aus nichtstädt. Mitteln	61	64	20	1	52	7	1	133
Rentenansprüche geltend gemacht	40	116	32	23	0	15	76	75
V. Überwiesen an:								
Öffentl. Fürsorgestellen (Tuberkulose-, Säuglings- usw.)	67	174	60	40	197	45	257	892
Wohlfahrts-, Jugendämter usw.	51	68	266	57	48	36	67	560
Private Stellen	28	85	90	11	6	18	2	117

Dresden.

— 1925. —

Unterstützungen (Geld, Miete, Gas betr.) 347

Sachenbeschaffung 267

(Neue Kleidung, solche aus Krankenhaus- und Fürsorgeamtsnachlaß, Kleidung für Landesanstalten von Angehörigen auch aus der Wohnung beschafft.)

[1]) Kinderheilstätten.

Versicherungsangelegenheiten 372
(Rente, Nachkleben von Marken, Hausgeldvermittlung, Heilverfahren und Genesungsheimsachen der Ortskrankenkasse und Landesversicherungsanstalt.)
Heilmittel 219
Arbeitsvermittlung 66
Unterbringungen 203
(Mädchenheime, Josefstift, Hausschwangere, Frauenklinik, Versorgungshaus, Heime der Landesversicherungsanstalt.)
Überweisungen 172
(Lungenkrankenfürsorgestelle, Jugend-, Orts- und Pflegamt, Schulpflegerinnen, Trinkerfürsorge, Wohlfahrtsämter, Fürsorgerinnen, Wohnungsamt.)
Hauspflege 26
(Pflegerinnen, auch Schwestern.)
Genesungsheime 104
(einschl. Badekuren und Erholungsaufenthalt.)
Verschiedenes 353
(Erörterungen für Ärzte, schriftlicher Verkehr mit Angehörigen, auch Besuche dort, nachgehende Fürsorge mit Beratung, auch durch Ärzte, Angelegenheiten des Kranken, Beantwortung von Anfragen der Ämter.)

Düsseldorf.

— 1925. —

I. *In Fürsorge genommen:*
Männer 186
Frauen 470
Kinder 411
Gesamtzahl: *1067*

II. Hausbesuche 132
Krankenbesuche 779
Gänge zu den Behörden 457

III. *Vermittelt Aufnahmen in:*
Mütter- und Säuglingsheime . . . . . in 132 Fällen
Altersheime . . . . . „ 39 „
Familien . . . . . „ 55 „
Dienststellen . . . . . „ 36 „
Erholungsstätten . . . . . „ 120 „
Anstalten, Klöstern (vorübergehend) . . . . . „ 17 „

IV. Anträge gestellt 305
Berichte an Behörden 1086
Schriftwechsel mit Angehörigen, Vorgesetzten, Lehrern und Geistlichen 233
Persönliche Verhandlungen:
mit den Angehörigen . . . . . in 80 Fällen
„ „ Ärzten . . . . . „ 255 „
„ „ Behörden . . . . . „ 233 „
„ „ Geistlichen und Lehrern . . . . . „ 57 „
„ „ Anstalten . . . . . „ 127 „
Begleitung von Schützlingen nach auswärts (Reisen) . . . . „ 120 „

V. *Unterstützt wurden:*
mit Geldmitteln . . . . . 241 Personen
„ Wäsche . . . . . 104 „
„ Kleidern . . . . . 115 „
„ Kräftigungsmitteln . . . . . 44 „
In 7 Fällen wurden Schützlinge *dauernd gekleidet und versorgt.*
Den Schützlingen *wichtige Papiere besorgt* in 77 Fällen.

VI. *Arbeiten für die Armenverwaltung:*
Domizilverhandlungen gefertigt 514
Aktenberichte 319
Längere Vernehmungen 48

Elberfeld.

(Träger: Evangel. Jugend- und Wohlfahrtsamt.)
— 15. II. bis 31. XII. 1925. —

Es wurden betreut	363	Personen
darunter	141	Männer
	222	Frauen
Hilfe und Rat wurde gewährt in folgenden Fällen:		
Vermittlung mit der Krankenkasse	32	mal
„ mit dem Versicherungsamt (Rentensachen)	17	„
Vermittlung der Aufnahme in ein Altersheim und sonstige Unterbringung	20	„
Arbeitsvermittlung	11	„
Erwirkung von Taschengeld durch das Wohlfahrtsamt	32	„
Sonstige Vermittlung mit den verschiedenen Stellen des städt. Wohlfahrtsamtes	95	„
Vermittlung mit dem städt. Jugendamt, Kinderfürsorgestelle	39	„
Sonstige Vermittlungen (Wohnungsamt, Rekonvaleszentenverein, auswärtige Stellen usw.)	76	„
Weitergegeben an die Gemeindeschwestern oder den Bezirkspfarrer	137	„
Die Fürsorgerin machte	799	Besuche
davon entfielen auf die einzelnen Stellen:		
Städtisches Krankenhaus	125	
St. Josephs-Hospital	112	
Bethesda-Krankenhaus	9	
Evangelisches Jugendamt	210	
Wohlfahrtsamt und Kinderfürsorgestelle	96	
Bezirkspfarrer	21	
Krankenkasse und Versicherungsamt	51	
Evangelischer Fürsorgeverein	10	
Arbeitsnachweis	7	
Verschiedene Stellen (Familien usw.)	158	
Briefausgänge	96	
Briefeingänge	40	

Frankfurt a. M.

— 1. X. 1923 bis 30. IX. 1924. —

I. Fürsorge	666	Fälle
1. Dauerunterbringung in Asyle und Altersheim	71	
2. Unterkunftsbeschaffung für Wohnungslose	20	
3. Beschaffung des Reisegeldes in die Heimat	14	
4. Arbeitsbeschaffung für beschränkt Erwerbsfähige	8	
5. Sachenbeschaffung (Kleider, Schuhe usw.)	81	
6. Versicherungsangelegenheiten geregelt	53	
7. Hausbesuche	56	
8. Verschiedenes (Unterstützung, Hauspflege, Mietsregelung, Einlösung von Kleidungsstücken, Koffern im Pfandhaus, im Bahnhof usw.	111	
9. Regelung besonderer Angelegenheiten von Patienten (im Auftrage des Wohlfahrtsamtes	113	
10. Desgl. im Auftrage des Jugendamtes	59	
11. Anfragen und Auskunftserteilung an soziale Ämter und Vereine	80	
II. Wohlfahrtsamt	4956	Fälle
1. Vermittlung von Anfragen über Gesundheitszustand und Entlassungsfähigkeit von Patienten	3626	
2. Sonderbewilligungen	1167	
Kuren	55	
Zahnersatz	14	
Brillen	21	
Orthopädische Apparate	84	
Bestrahlungen, Röntgenaufnahmen, Durchleuchtungen, Höhensonne	993	
3. Abmeldungen von Kindern	163	

III. Jugendamt . . . . . 1068 Fälle
1. Anfragen über Gesundheitszustand und Entlassungsfähigkeit von Kindern 115
2. Sonderbewilligungen 57
3. Abmeldungen von Kindern 225
4. Nachfragen der Kinderpflegeabteilung 671

Kiel.

— 1. IV. bis 31. XII. 1925. —

I. Ältestes Gebiet: *Universitäts-Frauenklinik* und die sich ergebende Fürsorge:
Zahl der Schwangeren 417
„ „ Wöchnerinnen 417
„ „ Kinder 417
Allgemeine Beratungen 417
Besondere Beratungen:
a) durch Beschaffung von Unterkunft für Mutter u. Kind 133
b) durch Beschaffung von Reisebeihilfen 4
c) durch Beschaffung von Wäsche . . . . . —
d) durch Beschaffung von Unterkunft für Kind (Pflegestellen) 2
e) durch Einleitung von Wochenfürsorge 21
f) durch Einleitung nachgehender Fürsorge und Familienfürsorge 235

II. Allgemeine Krankenhausfürsorge:
Fürsorge ausgeübt:
a) an Männern . . . . . 147 Fälle
b) an Frauen . . . . . 229 „
c) an Kindern unter 14 Jahren . . . . . 101 „
Zahl der *Hausbesuche* 798
Es wurden *vermittelt* vom Krankenhause aus *Aufnahmen* in:
Lungenheilstätten 2
Nervenkliniken bzw. Heilanstalten 7
Altersheime 15
Mütter- und Säuglingsheime 58
Erholungsheime 2
Eigene Familien 51
Eigene Familien mit bezahlter Pflegerin 8
Blindenheime 1
Kinderheime 3
andere vorübergehende Unterkunft 4
Es wurden *vermittelt*:
Berufsberatung und Arbeitsbeschaffung 4
Invalidenrente 4
Heilverfahren 4
Auflösung des Hausstandes 2
Wohnungsbeschaffung (Lungenkranke) 5
Geldmittelbeschaffung zur weiteren Existenz 2
Pflegezuschüsse nach Entlassung 5
Zuführungen ins Krankenhaus 7

III. Krankenhausfürsorge im *Interesse der Verwaltung*:
a) Kontrolle befristeter Aufnahmen 465
b) Anderweitige Unterbringung 72
c) Weiteres Verbleiben 228

Nürnberg.

— 1. IV. 1924 bis 31. III. 1925. —

I. *In Fürsorge genommen*:
Männer 181
Frauen 403
Kinder 6
Jugendliche 17
Insgesamt: 607

II. *Hausbesuche*		133
III. *Vermittelt*:		
Aufnahme in Lungenheilstätte		5
„ „ Siechen- und Armenhaus		17
„ „ Altersheim		21
„ „ Mütter- und Säuglingsheim		15
„ „ Erholungsheim		12
„ zu Angehörigen		33
„ in Privatpflege		6
Vorübergehende Unterkunft beschafft		25
Arbeits- und Stellenvermittlung		110
IV. *Vermittelt*:		
Orthopädische Apparate usw.		14
Ambulante Behandlung		3
Kostenübernahme zur Entlastung der städtischen Wohlfahrtspflege		6
Krankenpflege im Hause oder Wirtschaftsführung		5
Ernährungsbeihilfen, Kleidung, Heizung usw.		
aus städtischen Mitteln		97
aus nichtstädtischen Mitteln		36
Rentenansprüche geltend gemacht		40
V. *Überwiesen*:		
an öffentliche Fürsorgestellen		63
„ Wohlfahrts- und Jugendämter		189
„ private Stellen		65

Stettin.

— 1924. —

I. *In Fürsorge genommen*: 1256 Kranke = 22% der Verpflegtenzahl.		
Besprechungen mit Kranken und Ärzten	1408	
Hausbesuche	650	
Besuche auf Krankenstationen, Gänge zu Behörden usw.	1270	
II. *Vermittelt*:		
Verschickung in Heilstätten: Männer	30	(Eisenbahn, Berufsgenossenschaft)
Frauen	15	(LVA.; R. V. A. f. Angestellte)
Verschickung in Erholungsheime: Männer	4	(LVA.)
Frauen	6	(LVA.)
Kinder	5	(S. Z. und W. A.)
Untergebracht: im Säuglingsheim	16	
bei Verwandten	17	
in Tbc.-Abt. des städt. Heims	4	
in Siechenhaus u. Versorgungsheim:		
Männer	13	
Frauen	18	
in Asyl für Obdachlose: Männer	4	
Frauen	2	
Überwiesen an die Stettiner Fürsorgestelle für Lungenkranke:		
Männer	245	(geschl. Tuberkul.)
	118	(off. Tuberkul.)
Frauen	151	(geschl. Tuberkul.)
	74	(off. Tuberkul.)
Überwiesen:		
an auswärtige Fürsorgestellen f. Lungenkranke	36	
„ Beratungsstelle für ledige Mütter	44	
„ Säuglingsfürsorge	42	
„ Beratungsstelle für Geschlechtskranke	15	
„ Gefährdetenfürsorge	12	
Arbeit verschafft: an Erwachsene	10	
„ Jugendliche	4	
Invalidenrente beantragt: Männer	10	
Frauen	4	

	In Verbindung getreten:		
	mit Schulpflege	19	
	„ Kriegsbeschädigtenfürsorge	17	
	„ Hinterbliebenenfürsorge	19	
	„ Gemeindeschwestern	15	
	„ Fabrikschwestern	8	
III.	Unentgeltlicher Zahnersatz besorgt	150	
	Lebensmittel beschafft	16	
	Es wurde gesorgt für Kostenzahlung u. evtl. Zuschüsse:		
	für Plattfußeinlagen	43	
	„ orthopädische Stiefel	14	
	„ Bauchbinden	30	
	„ Schienenhülsenapparate	12	
	„ Bruchbänder	5	
	„ Brillen	2	
	„ Stahlkorsett	1	
	„ Krücken	5	Paar
	„ Kunstbein	4	
	„ Stelzfuß	9	
	„ Kotfänger und kleine Hilfsmittel	7	

Die Arbeitsberichte sind wegen der Unterschiedlichkeit der Leistungen und der Verschiedenartigkeit in der Bewertung der einzelnen Aufgaben untereinander nicht vergleichbar. Es wird die Aufgabe der Zunkuft sein, auch die Berichterstattung dieses Fürsorgezweiges, ebenso wie die der meisten anderen Gebiete der gesundheitlichen Fürsorge, auf eine einheitliche Grundlage zu stellen. Dann wird sich noch deutlicher das zeigen, was der sozialen Krankenhausfürsorge letzter Sinn ist: *Sie stellt die Verbindung zwischen dem Kranken und seinen Angehörigen her. Sie verstärkt die Fäden zwischen Arzt und Schwester auf der einen, dem Kranken und seiner Umgebung auf der anderen Seite. Sie schlägt die Brücke zwischen Anstalt und offener Fürsorge, zwischen Krankenhaus und Gesellschaft. Und damit dient sie der Verschmelzung individuell-medizinischer und sozialer Arbeit.*

Anhang.

Die vorstehenden Ausführungen beschränken sich bewußt auf dasjenige Gebiet, welches unter dem Namen „soziale Krankenhausfürsorge" im Laufe der geschichtlichen Entwicklung bestimmtere Gestalt angenommen hat. Es bildet inhaltlich einen wichtigen Teil aus einer großen Reihe verwandter Fragen mit der gleichen Zielsetzung und den gleichen Grundgedanken, deren weitere Verfolgung auf zahlreiche Grenzgebiete der Krankenfürsorge und Gesundheitsfürsorge führt. Der Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen hat die auf Anregung von Alter, Düsseldorf durch Goldmann, Berlin bearbeitete Zusammenstellung aller einschlägigen Fragen in der Form der folgenden Richtlinien herausgegeben:

Richtlinien für den Fürsorgedienst im Krankenhaus.

A. Vorbemerkung.

Unter der *Bezeichnung* „Fürsorgedienst im Krankenhaus" wird eine Reihe von Maßnahmen zusammengefaßt, die den erfolgreichen ärztlichen und pflegerischen Dienst am Kranken vorbereiten, begleiten und fortsetzen.

Das *Ziel* dieser Maßnahmen ist Erhöhung des individuellen Wohlbefindens, Unterstützung und Ergänzung der Heilbehandlung, Förderung der sozialen Brauchbarkeit des einzelnen und Verallgemeinerung der sozialen Vorbeugung.

Die *Notwendigkeit* einer planmäßigen Ausgestaltung des Fürsorgedienstes im Krankenhaus ergibt sich hauptsächlich aus drei Gesichtspunkten:

1. Der in einer Krankenanstalt befindliche *Kranke* bekommt leicht ein Gefühl der Unpersönlichkeit in der Behandlung, wenn Fragen, die über das Arbeitsgebiet vom Arzt und Pflegepersonal hinausgehen, nicht die gebührende Berücksichtigung finden. Die Trennung von dem Leben draußen erhöht in ihm das Gefühl der Hilflosigkeit. Die Sorge um seine

eigene Zukunft und um das Schicksal seiner Angehörigen bedrückt ihn und verzögert die Wiederherstellung, die Unkenntnis vorhandener Wohlfahrtseinrichtungen und anderer sozialer Hilfsmittel beraubt ihn auch gesundheitlich wertvoller Möglichkeiten.

2. Der Krankenhausarzt bedarf objektiver Angaben über die häusliche, wirtschaftliche, berufliche Vorgeschichte des Kranken, ohne die er nicht selten bei der Feststellung der Diagnose behindert und in der Behandlung beschränkt ist, während er bei Berücksichtigung des sozialen Moments oft kausal wirken und auch auf die sozialen Folgen einer Erkrankung durch frühzeitige Inanspruchnahme aller in Betracht kommenden Möglichkeiten zum Nutzen des Kranken und der Allgemeinheit stärkeren Einfluß gewinnen könnte.

3. *Der Anstaltsbetrieb* kann durch die im Fürsorgedienst gegebene Vervollkommnung der Heilbehandlung wirtschaftlicher gestaltet werden, was sich vornehmlich in Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und Vermeidung unnötiger Aufnahmen ausdrücken wird. Die offene Fürsorge muß Gelegenheit erhalten, im unmittelbaren Anschluß an den Anstaltsaufenthalt rechtzeitig und durchgreifend einzutreten, sie wird dadurch produktiver und wirkt sparend. Die Ergebnisse der individuellen Krankenbehandlung müssen möglichst lückenlos der sozialen Vorbeugung nutzbar gemacht werden, um der Verwahrlosung des Kranken und seiner Angehörigen auf gesundheitlichem, wirtschaftlichem oder erzieherischem Gebiete entgegenzuarbeiten.

Diese Gesichtspunkte gelten in gleichem Maße für Krankenanstalten aller Art und jeder Größenordnung.

B. Aufgabenbereich.

I. Fürsorgedienst am Kranken als Person.

a) Geistliche Fürsorge.

Die Seelsorge gibt dem Kranken nicht nur geistige und sittliche Inhalte, sondern beeinflußt auch den Krankheitsverlauf durch Befreiung von Hemmungen, Stärkung der Geduld, Förderung des Willens zur Krankheitsüberwindung und die damit gegebene Beeinflussung der Gesamtpersönlichkeit. Sie unterstützt also die ärztliche und pflegerische Tätigkeit in wertvoller Weise und soll im Einvernehmen mit dem Arzt jedem Kranken auf Wunsch zur Verfügung stehen.

b) *Weltliche Fürsorge.*

1. Die *Lebensbedingungen* des Kranken, die auf Krankheitsanlage, Krankheitserregung und Krankheitsverlauf Einfluß haben könnten, sind *unmittelbar nach der Anstaltsaufnahme* durch Verbindung mit den zuständigen Stellen (Gesundheits-, Wohlfahrts-, Jugendamt, Fachfürsorgestellen, Bezirksfürsorge usw.) nach Möglichkeit zu *ermitteln*; die Ergebnisse sind dem Krankenhausarzt so vorbereitet zugänglich zu machen, daß sie bei der Diagnose und der Aufstellung des Heilplanes verwendet werden können.

Weiter soll dahin gestrebt werden, durch Aussprachen mit dem Kranken seine besonderen *Sorgen kennen zu lernen*, sie, soweit sie unbegründet sind, zu zerstreuen, soweit sie begründet sind, durch entsprechende Gegenmaßnahmen zu beheben und so die Überwindung des Krankheitserlebnisses zu beschleunigen. Ständiges Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt ist dazu unentbehrlich.

2. Der während eines Krankenlagers besonders lebhafte Wunsch des Kranken nach *Zerstreuung und Ablenkung* soll zum Anlaß genommen werden, durch verständnisvolles Eingehen auf die zugrunde liegende Erkrankung und ihre seelischen Wirkungen den Kranken von der Grübelei über sein Leiden planmäßig abzubringen, seine Stimmung zu verbessern, seinen Gesundungswillen zu stärken. Hierzu sind geeignete Mittel: Unterhaltung durch Vorlesen, Vorträge, Musikaufführungen, Teilnahme am Rundfunk.

3. Besonderer Wert ist auf die *seelische Ertüchtigung* durch geistige Fortbildung zu legen. Jedes große Krankenhaus braucht eine eigene Krankenbücherei, jedes mittlere und kleine Krankenhaus die Zusammenarbeit mit einer Leihstelle, von der aus alle mit nichtinfektiösen Kranken belegten Abteilungen durch einen Bücherkarren regelmäßig beschickt werden. Bei der Auswahl des Lesestoffes ist nach Lebensalter, akuter und chronischer Erkrankung zu unterscheiden. Bücher, die auf die Affektlage ungünstig einwirken könnten, sind zu vermeiden. Bei der Zusammenstellung der Auswahl soll der Arzt gehört werden. Mit fortschreitender Genesung oder bei längerer Krankheitsdauer ist zur Vorbereitung eines erleichterten Überganges ins Berufsleben, aber auch zur Gegenwirkung gegen geistige Verkümmerung eine weitergehende Fortbildung zu versuchen, die erfahrungsgemäß den Kranken oft recht willkommen ist. Im Rahmen solcher Unterweisungen soll der hygienischen Volksbildung besondere Beachtung geschenkt werden. Anzustreben ist, daß Ärzte des Krankenhauses geeigneten Rekonvaleszenten die notwendigsten Kenntnisse über gesundheitsgemäße Lebensführung im allgemeinen und jeweils im besonderen Falle, über vermeidbare Krankheiten, Hygiene der Arbeit und der Erholung, über den Wert von Körperpflege und Leibesübungen und über die dazu gegebenen wohlfeilen Möglichkeiten in besonderen Vorträgen vermitteln; die Pflicht zur Gesundheit ist dabei stets besonders zu betonen!

Kinder im Schulalter, die länger als zwei Monate in der Anstalt sind, sollen, sofern keine ärztlichen Gegenanzeigen vorliegen, grundsätzlich regelmäßig Unterricht durch Lehrpersonen erhalten. Der Unterricht soll sich auf allgemeine geistige Anregung und auf individuelle Förderung beziehen.

4. Parallel mit der geistigen Ertüchtigung gehe die *körperliche Ertüchtigung.* Der mit dem Anstaltsleben verbundenen Einschränkung der Bewegungsmöglichkeit, den bekanntwerdenden Mängeln der Konstitution und Kondition, den im Gefolge von Erkrankungen entstehenden Minderungen der körperlichen Verfassung und Schäden ist durch planmäßige Leibesübungen entgegenzuarbeiten. Der Hauptwert ist zu legen auf den Ausgleich vorhandener oder drohender Mängel, wie sie durch Nichtgebrauch oder Vernachlässigung von Organen und Organsystemen entstehen; anzuwenden sind in zweckmäßiger Auswahl die verschiedenen Methoden der Gymnastik. In erster Linie ist die Einrichtung von Säuglings- und Kleinkinderturnen, von Sonderturnen für schwächliche Schulkinder und von Astheniker-kursen zu betreiben.

5. Zum Schutze gegen *Hospitalismus* sind geeignete Kranke mit chronisch verlaufenden Leiden möglichst frühzeitig zu *beschäftigen.* Der Nachdruck ist dabei auf den therapeutischen Wert der Beschäftigung zu legen, jedoch soll der Gesichtspunkt der Zweckmäßigkeit und Verwertbarkeit nicht vernachlässigt werden. Spielereien sind unbedingt zu vermeiden. Bei langwierigen Krankheiten soll in allmählicher Steigerung der Dauer der Beschäftigung im Fortschreiten von einfachsten Verrichtungen zu wirtschaftlich verwertbaren Erzeugnissen eine planmäßige Gewöhnung an Volltätigkeit erfolgen, das Selbstvertrauen gesteigert und die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit beschleunigt werden. In Fällen, in denen voraussichtlich nur eine beschränkte Erwerbsfähigkeit zu erwarten ist, soll mit verdoppeltem Eifer an der Entwicklung und Ausnutzung der Teilarbeitskräfte gearbeitet werden.

Voraussetzung jeder Beschäftigungsbehandlung ist, daß die Eignung des Kranken zur Beschäftigung, sowie Art und Dauer vom Arzt erstmalig bestimmt und laufend überwacht wird.

Erkrankungen, in deren Verlauf die Beschäftigungsmöglichkeit verhältnismäßig früh und oft vorhanden ist, sind chirurgische Erkrankungen, Erkrankungen des Zentralnervensystems, Geschlechtskrankheiten, chronisch verlaufende Tuberkulosen. Möglichkeiten zur Beschäftigung finden sich in jedem Anstaltsbetrieb zunächst durch Beteiligung an Hausarbeiten, Gartenarbeiten, im Bureau, in der Näh- und Flickstube, sollten aber durch Einrichtung von Werkstätten, in denen die am häufigsten wiederkehrenden Arbeiten für den Anstaltsbedarf ausgeführt werden können (Tischlerei, Schuhmacherei, Schlosserei), erweitert werden. Kinder sind grundsätzlich ohne Rücksicht auf die Dauer ihres Aufenthaltes regelmäßig zu beschäftigen; bei älteren Kindern ist vor allem das Zweckvolle zu betonen.

Jede Form der Beschäftigung soll mit anderen fürsorgerischen Maßnahmen, wie Unterricht, Spiel, Leibesübungen, abwechseln und in der richtigen Reihenfolge betrieben werden. In allen Zweifelsfällen ist ärztliche Entscheidung herbeizuführen.

II. Fürsorgedienst für den Kranken als Glied der Gesellschaft.

1. Im Sinne der *Wahrung des Zusammenhanges und des Ausgleichs von Unstimmigkeiten* ist die Verbindung mit den Angehörigen des Kranken herzustellen. Abgerissene Fäden sind nach Möglichkeit wieder zu knüpfen (z. B. Versöhnung einer jugendlichen Geschlechtskranken oder Schwangeren mit dem Elternhaus); Einflüssen, die den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen, ist entgegenzuarbeiten (z. B. in Trinkerfamilien).

Weiter ist zu versuchen, den Kranken von *Sorgen* um seine zurückgelassenen Angehörigen zu befreien; es sollen dazu alle gebotenen gesundheitlichen, wirtschaftlichen oder erzieherischen Schutzmaßnahmen eingeleitet, es soll für die wirtschaftliche Existenz der Familie in Abwesenheit des Ernährers gesorgt, der Verfall des Hauswesens oder die Gefährdung von Kindern oder hilflosen alten Leuten in Abwesenheit der Hausfrau verhütet werden.

2. Es ist darauf zu achten, daß der Kranke durch den Anstaltsaufenthalt keiner *Rechte an die Gesellschaft* verlustig geht. Vornehmlich ist danach zu streben, daß die verordnete Behandlung nicht aus Mangel an Geldmitteln scheitert, sondern daß die jeweils in Betracht kommenden Stellen in Anspruch genommen werden. Hierher gehört hauptsächlich die Regelung aller mit der sozialen oder privaten Versicherung zusammenhängenden Fragen (Sorge für formgerechte, rechtzeitige Anträge).

Die öffentliche und private Wohlfahrtspflege soll, falls erforderlich, für den Kranken interessiert und zur Beteiligung an der Aufbringung notwendiger Geldmittel oder anderer Hilfen herangezogen werden.

Es muß darauf gesehen werden, daß *Pflichten gegen die Außenwelt* nicht versäumt, wenn notwendig aushilfsweise von anderer Seite übernommen werden, damit der Kranke nach der Entlassung nicht Schädigungen ausgesetzt ist, die den Behandlungserfolg hinfällig machen (Bezahlung der Miete, Gasrechnung, Steuern usw.).

Von wesentlicher Bedeutung ist die *Sicherung des Kranken im Beruf.* Arbeitgeber, Behörden usw. sollen über den Verlauf der Erkrankung in objektiver Weise auf dem Laufenden gehalten, Entlassungen vermieden, selbständige Gewerbetreibende rechtzeitig gestützt werden usw.

3. Die bei der individuellen Krankenbehandlung gemachten Feststellungen sollen grundsätzlich der *sozialen Vorbeugung* nutzbar gemacht werden, indem fürsorgebedürftige Angehörige oder Personen aus der Umgebung des Kranken der Fürsorge und Behandlung zugeführt werden (das gilt insbesondere für Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Geisteskrankheiten).

Bei Konflikten mit dem § 300 StGB. ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob für den Arzt eine höhere Pflicht zur Offenbarung angenommen werden muß, hinter der die Verpflichtung zur Verschwiegenheit zurücktritt. Die Organe des Fürsorgedienstes im Krankenhause unterliegen ebenso wie die Organe der offenen Fürsorge als Gehilfen des Arztes den Bestimmungen des § 300 StGB.

III. Vorsorge für die erste Zeit nach der Entlassung.

1. *Die Vorbereitung der Entlassung* und die Fürsorge für die erste Zeit nach der Entlassung ist entweder zur Festigung des Kurerfolges nötig, oder, falls keine Wiederherstellung zu erzielen aber auch kein Krankenhausaufenthalt mehr angebracht ist, um die weitere Betreuung mit den einfachen und billigeren Mitteln der offenen Fürsorge sicherzustellen.

2. Die Vorbereitung der Entlassung hat *hinsichtlich der Person des Kranken* in ihren Bereich einzubeziehen:

a) In jedem Falle die Belehrung des Kranken über die individuellen und sozialen Folgen seiner Erkrankung, insbesondere auch über die weitere Lebensweise, Diät, Fortsetzung der Behandlung usw., sowie die Auskunftserteilung über die Wege, auf denen er weiter Hilfe erhalten kann. Soweit Fachfürsorgestellen vorhanden sind, sollen die Kranken grundsätzlich auf sie hingewiesen werden unter Betonung der Tatsache, daß die Behandlung Sache der praktischen Ärzte bleibt.

Dies gilt in erster Linie für Tuberkulöse, Geschlechtskranke, Trinker und andere Süchtige, Krüppel, geistig Abnorme. Wöchnerinnen, Säuglinge und Kleinkinder sollen der zuständigen Fürsorgestelle, Schulkinder dem zuständigen Schularzt unter Mitteilung der im Krankenhaus erhobenen Befunde und etwaiger Vorschläge für die weitere Fürsorge (Nährpräparate, Verschickungen usw.) gemeldet werden.

b) Gegebenenfalls die *Vorbereitung sachlicher oder persönlicher Hilfe* für die Übergangszeit (Geldunterstützung, Zusatznahrung, Feuerungsmaterial, kleine Heilmittel, Krankenfahrstuhl, Unterlagen, Wirtschaftsführung durch Hauspflege, ambulante Krankenpflege usw.).

c) Gegebenenfalls die *Überleitung in andere Anstalten* zur Nachkur (Erholungsheime usw.) oder zu spezifischen Kuren (Lungenheilstätte, Herzbad usw.) oder zur Pflege (Siechenhaus, Altersheim, Wöchnerinnenheim, Waisenhaus usw.). Die Vorbereitungen zu solchen Überweisungen sollen so rechtzeitig und vollständig getroffen werden, daß ein unnötiger Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

d) Gegebenenfalls die *Überleitung in Einrichtungen der halboffenen Fürsorge,* vornehmlich bei Kindern (Krippen, Kindergärten, Horte).

3. Hinsichtlich der *Umwelt des Kranken* ist auf enges Zusammenarbeiten mit Gesundheitsamt, Wohlfahrtsamt (Fürsorgeamt, Unterstützungsamt), Jugendamt, Arbeitsnachweis, Berufsberatungsstelle, Wohnungsamt, Rechtsauskunftsstelle, Versicherungsamt usw. zu sehen. Besondere Beachtung verdienen:

a) *Wohnungsfürsorge und Wohnungspflege.* Beschaffung von Betten für ansteckende Tuberkulöse, Herrichtung von Räumen, Unterstützung von Anträgen an das Wohnungsamt usw.

b) *Berufsfürsorge.* Ihre Aufgaben sind Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle (ebenso wichtig bei männlichen Personen zur Entlastung der Armenpflege, wie bei weiblichen zur Verhütung der Prostituierung) und Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit, notfalls durch Berufsumleitung unter Inanspruchnahme der Einrichtungen der Arbeitsfürsorge.

Hierbei wird zweckmäßig an die Beschäftigungstherapie angeknüpft und durch die Wahl der Beschäftigung bereits während des Krankenhausaufenthaltes die Umschulung auf einen anderen Beruf erleichtert.

Es ist besonders darauf zu achten, daß die im Krankenhaus begonnenen gesundheitlichen Maßnahmen auch nach der Entlassung planmäßig fortgesetzt werden.

Soweit angängig, sollen die Organe des fürsorgerischen Krankendienstes die weitere Betreuung erst abgeben, wenn zwischen den Entlassenen und den Organen der offenen Fürsorge ein Vertrauensverhältnis hergestellt ist.

4. Es ist dringend erwünscht, die geschilderten Aufgaben auch für die Besucher von Polikliniken und Ambulatorien, mit besonderer Berücksichtigung der Sicherung verordneter Behandlung, durchzuführen.

C. Personal.

1. Zur Durchführung des Fürsorgedienstes im Krankenhaus kommen in Frage: Arzt, Seelsorger, Krankenpflegerin, Fürsorgerin, unter Umständen Lehrer, Lehrerin, Turn- und Sportlehrer(in).

Voraussetzung zu einer erfolgreichen Arbeit sind gegenseitige Achtung und Unterstützung und allseitiges Einvernehmen.

2. Besondere Bestimmungen:

a) Fürsorgerin.

Da die Grundlage der fürsorgerischen Tätigkeit im Krankenhaus die Krankenpflege und die Kenntnis des Umgangs mit kranken Menschen ist, andererseits zur erfolgreichen Durchführung der Aufgaben besondere Kenntnisse auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege im weitesten Sinne nicht zu entbehren sind, ist die staatliche Anerkennung als Krankenpflegeperson und außerdem als Wohlfahrtspflegerin die beste Gewähr für gute Arbeit. Zu bevorzugen sind Gesundheitsfürsorgerinnen. Bei Neueinstellungen sollten nur Gesundheitsfürsorgerinnen, die gleichzeitig die staatliche Anerkennung als Krankenpflegeperson besitzen, gewählt werden. Als Übergang können geeignete Krankenpflegepersonen nachgeschult werden.

b) Kindergärtnerin, Hortnerin, Jugendleiterin.

In Kinderkrankenhäusern und Kinderstationen allgemeiner Krankenhäuser ist es wünschenswert, auf je 80—100 Betten (ausschl. Säuglingsabteilung) hauptamtlich eine besondere Kraft zu beschäftigen, die die Prüfung als Kindergärtnerin oder Hortnerin abgelegt hat und Kenntnisse über die wichtigsten hygienischen Fragen des Kindesalters nachweisen kann.

c) Lehrpersonen.

Für die Durchführung von Schul- und Gymnastikunterricht ist es wünschenswert, Lehrpersonen bzw. geprüfte Turn- und Sportlehrer(innen) nebenamtlich heranzuziehen. Unvorgebildetem Krankenpflegepersonal soll diese verantwortungsvolle und besondere Kenntnisse voraussetzende Tätigkeit nicht überlassen werden.

D. Wege zur Organisation.

a) Fürsorgerin.

1. *Große Krankenhäuser.* Viele fürsorgerische Maßnahmen haben ihren Ursprung im Krankenhause, wo ein großer Teil der Notstände erst entsteht oder zum ersten Male bekannt wird. Eine wirkungsvolle Fürsorge kann nur dann durchgeführt werden, wenn zum Stammpersonal eines jeden großen Krankenhauses eine besondere Fürsorgerin gehört.

Erwünscht ist eine hauptamtliche Kraft auf etwa 500 Betten eines Krankenhauses mit stärkerem Wechsel der Belegung.

Die Fürsorgerin soll zur Erleichterung ihrer Arbeit dem ärztlichen Anstaltsleiter unmittelbar unterstellt werden. Die Unterstellung unter Leiter einzelner Abteilungen oder eine andere als die für das Krankenhaus zuständige Verwaltung ist zu vermeiden.

Die Tätigkeit der Fürsorgerin ist in erster Linie eine vermittelnde, bezieht sich also vorwiegend auf Innendienst im Krankenhaus.

Die Aufgaben der Fürsorgerin werden zweckmäßig durch besondere Bestimmungen festgelegt. Es müssen regelmäßig Sprechstunden abgehalten, Stationsbesuche und u. U. Hausbesuche gemacht werden.

Die Fürsorgerin muß mit unmittelbar verfügbaren, wenn auch bescheidenen Mitteln versehen sein, um in dringenden Fällen sofort Hilfe bringen zu können; jedoch ist, wie überhaupt so insbesondere in solchen Eilfällen, im engsten Benehmen mit den zuständigen Stellen der Wohlfahrtspflege vorzugehen.

2. *Mittlere und kleine Krankenhäuser.* Mehrere an einem Ort befindliche Anstalten werden zweckmäßig gemeinsam von einer hauptamtlichen Fürsorgerin versorgt. Soweit durch derartige Zusammenfassung keine volle Arbeitskraft gebraucht wird, empfiehlt es sich, entweder eine in der offenen Gesundheitsfürsorge tätige Fürsorgerin gleichzeitig mit der Wahrnehmung des Fürsorgedienstes im Krankenhaus zu betrauen, oder, falls dies nicht angängig ist, ein geeignetes Organ der Bezirksfürsorge heranzuziehen.

Zur Vermeidung von Reibungen ist es in solchen Fällen zweckmäßig, Personal aus einer Verwaltung allein zu nehmen. Die Tätigkeit der Fürsorgerin erstreckt sich sowohl auf Außen- wie auf Innendienst.

Im übrigen gelten die Bestimmungen zu 1 sinngemäß.

b) Bei Verwendung von Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen, Jugendleiterinnen, Lehrpersonen ist sinngemäß zu verfahren.

Literatur.

Annual reports of the American Hospital Association. — Annual reports of the social service department of the Massachussets General Hospital. — Annual reports of the St. Louis Hospital social service. — Benario: Die Kindergärtnerin im Krankenhaus. Klin. Wochenschrift Jg. 1, Nr. 12. 1922. — Böhme: Soziale Krankenhausfürsorge im Ausland. Blätter d. Dtsch. Roten Kreuzes Jg. 4, H. 1. 1925. — Brodgen: Handbook of organisation and methods of hospital social work. — v. Broecker: Die soziale Krankenhausfürsorge im Krankenhaus Rohrbach. Klin. Wochenschr. Jg. 1, Nr. 34. 1922. — Buttersack: Neue Bestrebungen in der Heilkunde. Das Rote Kreuz Jg. 1902, Nr. 8. — Cabot: Social service and the art of healing. New York 1915. — Cannon: Social work in hospitals. New York 1913. — History and development of hospital social work. The family Bd. 4, Nr. 10. 1924. — Chapin: The relation between the child and hospital social service. Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 77, Nr. 4. — Dix: Soziale Fürsorge in Krankenanstalten. Zeitschr. f. Krankenanstalten Jg. 17, S. 353. 1921. — Faltlhauser: Geisteskrankenfürsorge außerhalb der Anstalten. Irrenpflege 1923, Nr. 5. — Fischer: Die sozialhygienischen Einrichtungen bei Heil- und Pflegeanstalten. Irrenpflege 1923, Nr. 9; — Soziale Fürsorge in Krankenanstalten. Caritas Jg. 30, Nr. 8. 1925. — Friedmann: Soziale Krankenhausfürsorge. Die Frau in der Gemeinde Jg. 55, Nr. 3. — Goldmann: Die Aufgaben der sozialen Krankenhausfürsorge. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 49. 1925; — Klinik und Fürsorge. Dtsch. Zeitschr. f. Wohlfahrtspflege Jg. 1, H. 8. 1925; — Notwendige Erweiterungen der Krankenfürsorge. Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen Jg. 22, Nr. 3. 1926. — Gouin: Le service social à l'hôpital. Vers la santé Bd. 6, Nr. 9. 1925. — Harms: Soziale Fürsorge für Krankenhausinsassen. Blätter d. Dtsch. Rten Kreuzes Jg. 4, H. 2. 1925; — Organisation und Ziel der sozialen Krankenhausfürsorge und der Hauspflege. Wege u. Ziele d. Gesundheitsfürsorge unter dem Gesichtspunkt der Planwirtschaft, herausgegeb. v. Prof. Rott. 1925. — Hollmann: Die Verbindung des Krankenhauses mit den Fürsorgestellen vom ärztlichen Gesichtspunkte. Zeitschr. f. Krankenpflege Bd. 2, S. 537. — Knack: Über soziale Krankenhausfürsorge. Zeitschr. f. Krankenanstalten Jg. 17, H. 43/44; — Die soziale Krankenhausfürsorge in Hamburg. Blätter d. Dtsch. Roten Kreuzes Jg. 4, H. 8. — Krebs-Japy: Le service social à l'hôpital. Paris, les Presses universitaires de France. — Landsberg: Die Bedeutung der socialen Fürsorge in den Krankenanstalten. Blätter d. Dtsch. Roten Kreuzes Jg. 2, Nr. 1. 1923; — Die Bedeutung und Entwicklung der sozialen Krankenhausfürsorge. Mutter u. Kind Jg. 2, Nr. 1/4. 1924; — Der gegenwärtige Stand der sozialen Krankenhausfürsorge. Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen Jg. 22, H. 4. 1926; — Die soziale Krankenhausfürsorge in Paris. Ebenda Jg. 22, H. 22. 1926. — Mayer: Erfahrungen und Aufgaben der sozialen Krankenhausfürsorge. Dtsch. med. Wochenschr. Bd. 42, Nr. 11. 1916. — ter Meulen: What is meant by social service? League of red cross societies, Information circular Jg. 1924, Nr. 12—14. — Meyer: Krankenhaus und soziale Fürsorge. Med. Reform Jg. 22, Nr. 24. 1914. — Meyer-Estorf: Die soziale Krankenhausfürsorge im In- und Auslande. Sozialhyg. Mitt. Jg. 9, H. 3. 1925. — Philipps: Social works in hospitals. London 1912. — Schlomer: Soziale Krankenhausfürsorge. Zeitschr. f. Krankenanstalten Jg. 16, S. 121. — Schwabe: Die Organisation der öffentlichen Fürsorge für Geisteskranke in Plauen. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. Jg. 25, Nr. 5—6. 1923. — Schwalbe: Soziale Krankenhausfürsorge. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 41, Nr. 53. 1915. — Stranz-Hurwitz: Soziale Krankenhausfürsorge und ihre Bedeutung für die Versorgungskrankenhäuser. Zeitschr. f. ärztl. soz. Versorgungswesen Jg. 2, H. 1–2. — Strauss: Soziale Fürsorge in amerikanischen Krankenhäusern. Zeitschr. f. Krankenpflege Bd. 36, S. 103. — Tietze: Soziale Krankenhausfürsorge. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 44, S. 355. 1918. — Tüllmann: Die soziale Krankenhausfürsorge in Amerika als Trägerin der Gesundheitsfürsorge. Dtsch. Zeitschr. f. Wohlfahrtspflege Jg. 1, Nr. 9. 1925; — Soziale Fürsorge in den Polikliniken. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege und soz. Hyg. Jg. 39, Nr. 8. 1926; — Soziale Krankenhausfürsorge in England. Ebenda Jg. 40, Nr. 1. 1927. — Wernicke: Die Arbeit der Kindergärtnerin in Krankenanstalten. Mutter u. Kind Jg. 2, Nr. 9. 1924. — Ferner die Zeitschrift: Hospital social service. — Referate über ausländische Einrichtungen fortlaufend in Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen, Zentralblatt f. d. ges. Hyg., Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh.

Hauspflege.

Von

Franz Goldmann

Berlin.

Mit 7 Abbildungen.

1. Notwendigkeit, Wesen, Begriffsbestimmung und Ziele.

Die Gründung des ersten Hauspflegevereins, die Ende 1892 in Frankfurt a. M. auf Anregung des Stadtrates Dr. Flesch erfolgte, bedeutete für Deutschland und die Kulturwelt überhaupt etwas *völlig Neues*. Selbst das Wort mußte erst geschaffen werden. Allerdings gab es bereits Ansätze, die sich in ähnlicher Richtung bewegten. Besonders Vereine der kirchlichen Wohlfahrtspflege, die Kirche selbst, sowie humanitäre Wohlfahrtsvereinigungen hatten sich von jeher bei passender Gelegenheit auch um das Hauswesen ihrer Schützlinge bekümmert. Auf dem Lande, wo begreiflicherweise das Bedürfnis hierfür besonders stark hervorgetreten war, galt es als selbstverständlich, daß Gemeindeschwestern oder Landkrankenpflegerinnen nicht nur den Kranken persönlich, sondern auch seinen Haushalt wenigstens in der notdürftigsten Art versorgten. In einer Denkschrift, die die Großherzogin Luise von Baden im Jahre 1885 dem Badischen Frauenverein überreichte, hieß es: „Bei der Führung des Haushaltes an eigener Haushaltsfürsorge durch Wochenbett, Krankheit u. dgl. verhinderter Frauen betrachte die Landkrankenpflegerin es als ihre Hauptaufgabe, die Hausfrau zu ersetzen in Übernahme der Geschäfte derselben im ganzen Hauswesen, in der Überwachung und Sorge für die Kinder, in Aufrechterhaltung von Zucht und Ordnung, in Pflege von Reinlichkeit und guter Sitte." Die wesentlichen Aufgaben der Hauspflege waren damit bereits klar umschrieben. Nur wurde mit ihrer Hilfe bewußt der Ersatz der beruflichen Krankenpflege für solche Gemeinden, die sie aus irgendwelchen Gründen entbehren mußten, angestrebt. Besonders im Bezirk Donaueschingen hatte sich durch Hauser diese Form der Fürsorge eingebürgert, später ist sie völlig in das Arbeitsgebiet der Krankenpflege übergegangen.

Flesch tat einen wesentlichen Schritt vorwärts. Er erkannte, daß die Aufgaben der Hauspflege für die Allgemeinheit wichtig und umfangreich genug waren, um in größeren Städten von einer *Sonderorganisation* durchgeführt zu werden. Und er förderte den Gedanken, daß die Hauspflege nicht, wie so manche anderen Vereine, Wohltätigkeit üben und Almosen spenden sollte, sondern eine aus den ökonomischen Verhältnissen sich ergebende *Pflicht der Gesellschaft* erfüllen und sich *in die Gesamtarbeit der Wohlfahrtspflege einordnen* müsse. Der erste Jahresbericht des Frankfurter Vereins (1893) kleidete dieses Ziel in die Worte: „Wir stellen uns zur Aufgabe, einzutreten, bis vielleicht in späterer Zeit staatliche Organisationen das zu erreichen vermögen, was wir jetzt erstreben. *Nicht Wohl-*

tätigkeit gegenüber hilfesuchender Armut ist unsere Aufgabe; wir wollen ein berechtigtes Bedürfnis befriedigen, wir wollen einen sozialen Schaden ausgleichen, indem wir durch die Aufrechterhaltung des Haushaltes auch der Frau des Arbeiters die Möglichkeit geben, gesund und stark zu eigenem Nutzen und zum Nutzen ihrer heranwachsenden Kinder aus dem Wochenbett und aus Krankheiten hervorzugehen." Inzwischen haben sich unter den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen die Dinge noch stärker zugespitzt, und die *Lücke*, auf die Flesch einst hinwies, wird noch immer schmerzlich empfunden.

Ein Familienvater, der eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausübt, ist bei Erkrankung durch das Recht auf „Krankenhilfe" vor dem Ärgsten geschützt, und die Angehörigen sind durch den Bezug von Hausgeld auch dann noch gesichert, wenn die Krankengeldzahlung infolge Anstaltsaufnahme fortfällt. Die Frau kann den Haushalt weiterführen. Bei längerer Dauer der Erkrankung des Mannes ist die Frau oft gezwungen, das fehlende Einkommen durch eigene Arbeit außerhalb des Hauses zu beschaffen. Sie wird aber häufig die Zeit ihrer Abwesenheit so einrichten können, daß ihr noch die Möglichkeit bleibt, den Haushalt zu versehen. Der Fall ist jedoch denkbar, daß die Frau erst durch Gestellung einer Hilfe für lohnende Arbeit frei wird. Sind beide Ehegatten dauernd außerhäuslich erwerbstätig gewesen, so läßt sich der Haushalt bei Erkrankung des Mannes notdürftig weiterführen, nur leidet die Pflege des Mannes, so daß die Überführung in eine Anstalt und längerer Aufenthalt in ihr auch dann erforderlich sind, wenn keine ärztlichen Gründe dafür sprechen. In allen diesen Fällen bleibt aber der Haushalt, wenn auch unter erheblichen Opfern der Frau, erhalten.

Ganz anders, wenn Wochenbett oder Erkrankung die Hausfrau an der Ausübung ihrer Pflichten verhindern. Der Mann mag sich nicht mit einer Arbeit befassen, die ihm nicht liegt, ganz abgesehen davon, daß er, selbst wenn er Zeit und Lust hätte, im allgemeinen nichts davon versteht. Verwandte und Nachbarn versuchen ihr Bestes zu tun, aber ihre Hilfsbereitschaft scheitert meist bald an der Fülle eigener Last und Arbeit. Dehmel hat diesem Gebundensein der arbeitenden Bevölkerung in seinem Gedicht „Der Arbeitsmann" Ausdruck gegeben: „. . . und uns fehlt nur eine Kleinigkeit, um so frei zu sein wie die Vögel sind: *nur Zeit.*"

Die Schwierigkeiten häufen sich, sobald kleinere Kinder in der Familie sind. Niemand sorgt für sie, wohl aber müssen nicht selten Kinder im Spielalter unter Aufsicht der bettlägerigen Mutter Feuer anmachen und kochen. Die Hausfrau steht oftmals mangels jeder Hilfe vor der bitteren Wahl: Entweder sucht sie eine Anstalt auf und läuft Gefahr, in der Zwischenzeit Wirtschaft und Familie verkommen lassen zu müssen, oder sie opfert im Interesse des Haushaltes die Gesundheit und verzichtet auf die notwendige Anstaltsbehandlung. Die kürzeste Abwesenheit, ein Krankenlager von nur wenigen Tagen häuft bereits eine Fülle von Aufgaben an; sie werden meist durch verfrühte Aufnahme der häuslichen Arbeit nachgeholt — unter Einbüßung des Behandlungserfolges und zu dauerndem Schaden für die Gesundheit.

Die *Folgen* der ungenügenden Fürsorge auf diesem Gebiete sind mannigfach: Krankheiten, die der Frühbehandlung und Heilung zugänglich sind, werden unter Umständen bis in das Stadium der Unheilbarkeit verschleppt. Die Frauenärzte haben vielfach Gelegenheit, bei Fällen von bösartigen Geschwülsten solche Zusammenhänge zu beobachten. Entbindungen ziehen mangels genügender Schonung Störungen im Organismus nach sich, die die Arbeitsfähigkeit beschränken. Diese alltägliche Erfahrung des praktischen Arztes ist durch Ergebnisse der Massenbeobachtung bestätigt. Es ist auffallend, daß in der Statistik der Leipziger Ortskrankenkasse bei annähernd gleicher Zahl von Wochenbetten die Versicherungspflichtigen fast doppelt so häufig im Wochenbett erkrankten und eine ungleich höhere Zahl von Krankheitstagen aufzuweisen hatten als die freiwillig Versicherten, denen höheres Einkommen auch bessere hygienische Kultur gestattete.

Tabelle 1. *Erkrankungen im Wochenbett.*

Es entfielen auf:

	Versicherungspflichtige	Freiwillig Versicherte
Wochenbetten überhaupt	10 752	11 018
„ mit Krankheit überhaupt	3 034	1 456
„ „ „ je 100	28,2	13,2
Krankheitstage im Wochenbett	94 191	56 536
Todesfälle	34	27

Der Mann leidet unter dem Mangel geregelter Ernährung, verliert an Arbeitskraft und Arbeitsfreudigkeit, sucht außerhalb des Hauses Zerstreuung und wird nicht selten zum dauernden Wirtshausbesuch mit allen seinen Folgen verleitet. Die Kinder werden vernachlässigt, unregelmäßig und ungenügend ernährt, nicht sauber gehalten, den Einflüssen schlechter Umgebung mehr als sonst ausgesetzt. Es ist bezeichnend, daß man in solchen Fällen auch heute noch die Kinder für einige Zeit aus dem Haushalt entfernt, anstatt zunächst den Haushalt zu stützen. Das Familienleben erleidet durch Unfrieden und Zank Schaden, ja wird nicht selten dauernd zerrüttet. Die sittlichen Kräfte, die dem Familienleben innewohnen, verfallen. Wertvolle Arbeitskräfte im produktionsfähigen Alter gehen für kurze Zeit oder dauernd verloren. Die Familie verarmt. Der Gesellschaft entstehen vermeidbare Unterhaltungskosten, mit denen das Konto der Armenpflege belastet werden muß.

Vorbeugende Fürsorge gegen wirtschaftliche und gesundheitliche Not ist nicht das einzige Ziel, das der Hauspflege vom Standpunkte der Gesellschaft aus gesteckt werden muß. Die wirtschaftlichen Verhältnisse, die einer Frühbehandlung im Krankenhause in einer Reihe von Fällen so hinderlich sind, stehen wieder in anderen Fällen einer rechtzeitigen Entlassung von Rekonvaleszenten und chronisch Kranken entgegen. Bei ihnen ist zwar eine Anstaltsbehandlung nicht mehr erforderlich, aber die Entlassung nach Hause ohne nachgehende Fürsorge einfacherer Art ist nicht nur hartherzig, sondern macht auch die Ergebnisse aller Mühen oftmals hinfällig. Das Ziel der *Entlastung hochwertiger* und teurer *Anstalten*, damit also die Unterstützung der Planwirtschaft auf dem Gebiete des gesamten Anstaltswesens durch ergänzende Fürsorge im Hause, steht dem erstgenannten an Wichtigkeit nicht nach.

Weite Kreise der Bevölkerung bis hinein in den gehobenen Mittelstand kommen für eine Hauspflege in Betracht.

Das Arbeitseinkommen der Mehrzahl der Bevölkerung ist so knapp bemessen, daß aus eigenen Kräften kein ausreichender Ersatz für den Ausfall der Arbeitskräfte der Hausfrau gestellt werden kann. Unvorhergesehene Ausgaben, wie die Bezahlung einer Angestellten für diese Zwecke, werfen bei dem Zuschnitt der Lebensführung dieser Schichten den Haushalt über den Haufen. So dienten Flesch als Beweis für seine Anschauung die Erhebungen über Frankfurter Arbeiterbudgets, veröffentlicht und erläutert von Mitgliedern der volkswirtschaftlichen Sektion des freien Deutschen Hochstifts in Frankfurt a. M. Sie zeigten in erschreckender Weise, daß selbst in ordentlich geführten Arbeiterfamilien, die keineswegs zu den Klassen der Schlechtverdiener gehörten, durch Ersparnisse keinerlei Vorsorge für schlechte Zeiten zu ermöglichen war. Die Zahlen sind infolge der Veränderung der Lebensmittelpreise heute veraltet. Erhebungen, die der Elberfelder Hauspflegeverein im Jahre 1913 durch zuverlässige Pflegerinnen in einigen betreuten Familien machen ließ, bestätigen, daß sich hierin wenig geändert hat.

Die Hauptmasse der Personen, die für Hauspflege in Frage kommen, gehört zu den Versicherungspflichtigen und denen, die ohne der Versicherungspflicht zu unterliegen, ihnen im Einkommen gleichzustellen sind. Durch die Zunahme der Frauenerwerbsarbeit wächst der Bedarf an Fürsorge für Frauen, die die Doppelpflicht von Haushalts- und Berufsarbeit tragen und im Erkrankungsfalle doppelt geschädigt sind. Während noch bis vor kurzer Zeit die Hauspflegevereine aus den Kreisen der Versicherungspflichtigen am häufigsten angerufen wurden, ist etwa seit 1921 entsprechend der Umschichtung in der Gesellschaft der Mittelstand immer stärker dazu gezwungen worden, sich der Fürsorge für den Haushalt zu bedienen.

Die nachfolgende Aufstellung über die Lebensstellung des Familienoberhauptes in den in Fürsorge befindlichen Familien in *Elberfeld* zeigt nicht nur, daß die Einrichtung von weitesten Kreisen der Bevölkerung in Anspruch genommen wird, sondern auch die gegenüber dem Jahre 1913 sich stark ausprägende Zunahme von Mittelstandsfällen (s. Tabelle 2).

Eine eingehende Untersuchung über die soziale Schichtung hat Johanna Hellinger an dem Material des Frankfurter Hauspflegevereins durchgeführt (s. Tabelle 3).

Tabelle 2.

Soziale Schichtung der vom Hauspflegeverein Elberfeld betreuten Familien.

	1. IV. 1913 bis 31. III. 1914	1. IV. 1922 bis 31. III. 1923	1924
Fabrikarbeiter und Tagelöhner . .	113	21	28
Handwerker in Fabriken und gewerblichen Betrieben	92	17	27
Selbständige Handwerker und Geschäftsinhaber	20	60	72
Kaufleute und kaufmännische Angestellte	19	40	101
Beamte, Lehrer, Festangestellte usw.	37	63	78 u. 16
Kraftwagenführer, Fuhrleute, Händler	23	2	5
Kellner und Hausdiener	4	2	2
Ohne Gewerbe	0	66	56
Rentenempfänger	5	0	1
Witwen mit Kindern und erwerbstätige Frauen	21	0	0
Eheverlassene Frauen	6	0	0
Zusammen:	340	271	386

Tabelle 3.

Soziale Schichtung der vom Hauspflegeverein in Frankfurt a. M. gepflegten Familien.
(Nach Johanna Hellinger.)

Jahr	Gelernte Arbeiter	Ungelernte Arbeiter	Beamte	Diener, Kellner	Kaufleute	Freie Berufe, Musiker	Kriegsteilnehmer	Witwen, alleinstehende Frauen	Eheverlassene	Mann krank oder abwesend	Unbekannt	Gesamtsumme
1893	138	59	13	8	12	—	—	8	3	6	13	260
1894	234	82	21	26	9	1	—	12	6	1	10	402
1895	308	102	27	22	12	2	—	17	3	—	—	493
1896	346	133	43	21	21	3	-	14	—	3	2	586
1897	323	135	39	55	26	2	—	16	—	4	5	605
1898	398	182	41	25	24	3	—	20	3	3	11	707
1899	340	184	56	72	29	6	-	29	—	1	9	726
1900	419	175	60	19	9	2	-	13	4	2	3	706
1901	365	230	56	60	19	9	—	18	—	—	3	750
1902	374	230	65	43	28	4	—	16	3	—	5	768
1903	399	217	53	66	32	5	—	22	5	2	6	807
1904	475	179	51	41	40	6	—	13	1	3	7	816
1905	489	203	76	59	46	4	-	12	3	—	8	900
1906	516	197	60	87	40	6	—	13	6	3	6	934
1907	443	159	55	54	43	2	—	12	6	2	8	784
1908	532	192	59	51	33	5	—	9	2	2	8	893
1909	597	189	73	49	36	7	—	1	2	—	10	964
1910	653	215	46	52	45	4	—	13	1	5	14	1048
1911	682	170	25	58	46	4	—	8	2	—	9	1004
1912	617	171	44	31	58	7	—	7	—	1	7	943
1913	400	287	39	58	61	5	—	8	5	3	23	889
1914	400	220	64	30	45	5	128	12	2	3	8	917
1915	196	98	86	18	29	1	393	14	2	4	4	845
1916	136	81	47	12	42	1	535	37	—	—	1	892
1917	145	70	66	7	38	2	258	22	2	—	1	611
1918	122	62	44	8	16	—	121	18	—	—	9	400
1919	256	89	73	15	44	11	10	13	5	—	15	531
	10 303	4311	1382	1047	883	107	1445	393	63	48	195	20 181

Die Hauspflege will nun derartigen Notständen eine geeignete Form der Fürsorge entgegenstellen. Sie bezweckt nach den Worten aus der Satzung des

Tabelle 4.
Berufe der Verpflegten in Düsseldorf und Leipzig.

	Düsseldorf		Leipzig
	1924	1925	1925
Arbeiter	197	390	46
Unselbständige Handwerker, Werkmeister u. ähnl.	76	178	58
Angestellte, Handlungsgehilfen	41	65	70
Beamte	15	25	61
Selbständige Handwerker u. Gewerbetreibende	24	14	91
Akademiker, Künstler	6	6	23
Rentner	5	56	20
Invalide, Schwerkriegsbeschädigte	27	46	12
Witwen und andere alleinstehende Frauen ohne Beruf	49	108	131
Verschiedene Berufe und Erwerbslose ohne Angabe	32	36	18
Zusammen:	472	874	530

Frankfurter Vereins, die noch heute fast unverändert gelten: „Unbemittelten Familien Hilfe zur Aufrechterhaltung des Hausstandes während solcher Zeiträume zu gewähren, in welchen die Ehefrau, insbesondere durch Wochenbett, Krankheit und deren Folgen vorübergehend außerstande ist, ihrem Hauswesen selbst vorzustehen."

Das Objekt der Hauspflege ist also der Haushalt, nicht der Kranke.

Hauspflege ist weder eine Konkurrenz der Hebamme oder der Krankenpflegerin, noch schlechthin ein Ersatz des Wöchnerinnenheimes oder Krankenhauses, sondern im Gegenteil deren Ergänzung. Sie *entlastet* das qualifizierte ärztliche Hilfspersonal von Arbeiten, die keine Fachkräfte verlangen und *vervollständigt* den Nutzen der Anstaltsaufnahme im Sinne der *Vorbeugung* sowohl wie der *Pflege*. So gut die Aufgaben der Hauspflege vorübergehend einmal auch vom ärztlichen Hilfspersonal neben dessen eigentlichen Aufgaben übernommen werden können, so wenig kann und soll die Hauspflegerin ihrerseits Arbeiten verrichten, die lediglich vorgebildeten Kräften vorbehalten bleiben müssen. *Voraussetzung* und *Ziele* der Hauspflege sind stark von *Bestrebungen der gesundheitlichen Fürsorge* abhängig, die Mittel und Methoden sind die der wirtschaftlichen Fürsorge. In der Endwirkung soll eine Einrichtung, deren Benutzung an sich nur einem beschränkten Kreise zugänglich ist, verallgemeinert und *in den Dienst der Gesundheitspolitik* gestellt werden.

2. Geschichte.

Nach dem Beispiele Frankfurts a. M. erfolgten im Jahre 1897 Vereinsgründungen in Berlin und Königsberg i. Pr., im Jahre 1898 in Berlin-Charlottenburg, Breslau, Gotha, Jena, 1899 in Heidelberg, Hamburg, 1900 in Posen, Mannheim, Leipzig, 1902 in Dresden und Freiburg i. Br., 1906 in Fürth i. Bayern, 1907 in Elberfeld, 1908 in Bochum, 1909 in Düsseldorf und Augsburg, 1913 in Aachen und Köln und noch in manchen anderen Städten, wo die Zeiten nicht überdauert wurden. 1908 schlossen sich die damals vorhandenen Einrichtungen zum „Verband der Hauspflege" zusammen. Der Verband bezweckt neben dem Austausch der Erfahrungen, „darauf hinzuwirken, daß in möglichst vielen Orten in allen Bedarfsfällen Hauspflege gewährt wird und die hierzu erforderlichen Träger geschaffen werden, sowie dafür einzutreten, daß Gewährung von Hauspflege nicht ausschließlich der Wohlfahrtspflege oder der Selbsthilfe überlassen bleibt, sondern daß die Leistung der Hauspflege als eine wichtige sozialhygienische Aufgabe der sozialen Versicherung anzusehen ist und durchgeführt wird".

Bis zur Jahrhundertwende überwogen Gründungen, die anderen großen Organisationen der privaten Wohlfahrtspflege angeschlossen wurden. Das eigentliche Aufblühen selbständiger Vereine fällt in die Zeit von 1900—1913. Vor dem Kriege war ein Punkt erreicht, von dem wir heute wieder weit zurückgeworfen sind. Die Zahl der Städte, in denen Hauspflege von besonderen Organisationen geleistet wurde, überschritt die 40, und die Ausdehnung der

Arbeit an den einzelnen Stellen zeugte damals bereits von der Anerkennung ihrer Notwendigkeit und von ihrer Leistungsfähigkeit (siehe Arbeitsberichte). Der Krieg und die Nachkriegsjahre, insbesondere die Zeiten des Währungsverfalls, forderten unter den Vereinen naturgemäß zahlreiche Opfer; in vielen Städten mußte die Arbeit ganz eingestellt werden, in einigen wenigen wurde sie von den Trägern der öffentlichen Fürsorge übernommen, in einer Reihe anderer so weit gestützt, daß die wirtschaftliche Krise überwunden werden konnte. Seit dem Jahre 1924 wird überall erfolgreich versucht, in Anknüpfung an die Verhältnisse von 1913 die unterbrochene Entwicklung fortzuführen. Im Frühjahr 1926 gehörten dem Verband 24 Hauspflegeträger an und zwar 13 selbständige Vereine, 8 umfassendere Vereine, die Hauspflege als Teilaufgabe betreiben, und 3 Wohlfahrtsämter.

3. Arbeitsgebiet.

Als Arbeitsgebiet der Hauspflege galt ursprünglich ganz überwiegend die *Pflege des Haushaltes bei Wöchnerinnen.* Hierbei sind 2 Möglichkeiten zu unterscheiden. Erstens muß den werdenden Müttern, die zur Entbindung eine Anstalt aufsuchen, die Sorge um die zurückbleibende Familie verringert oder abgenommen werden, so daß sie in seelischer Ruhe die mannigfachen Vorteile, die eine neuzeitliche Anstalt bietet, ausnutzen können. Die Zahl solcher Fälle ist in den Großstädten in ständigem Anwachsen. Hierbei ist naturgemäß unter erstgebärenden Frauen weniger Neigung und auch geringeres Bedürfnis vorhanden, während ihrer kurzen Abwesenheit fremde Personen im Hause zu sehen. Die größte Zahl der fürsorgebedürftigen Frauen wird von Müttern mehrerer Kinder gestellt. Das zeigen die folgenden Beispiele, bei denen die geleisteten Pflegen nach der Zahl der in den Familien vorhandenen Kinder zergliedert sind.

Tabelle 5.

Hauspflege und Kinderzahl in den betreuten Familien.

Ort	Jahr	Kinderlos	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	4 Kinder	5 Kinder	6 Kinder und mehr	Gesamtzahl
Barmen	1913	29	33	35	28	38	18	39	220
Frankfurt a. M. . . .	1913	9	34	197	221	170	148	110	889
Leipzig	1913	30	75	155	181	158	108	121	828
„	1919	41	160	191	197	140	66	72	867
Köln	1925	30	56	109	106	75	40	49	485

Eine Zusammenstellung, die in Dresden 1912 über Einkommen und Kinderzahl gemacht worden ist, zeigt das gleiche Bild, beleuchtet aber auch gleichzeitig die Tatsache, daß die große Mehrzahl der Familien wirtschaftlich ungünstig gestellt ist, wenn man bedenkt, daß knapp ein Drittel damals mehr als 25 Mark wöchentlich verdienten (Tab. 6).

Tabelle 6. *Einkommen der betreuten Familien.*

Wöchentliches Einkommen	Kein Kind	1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	4 Kinder	5 Kinder	6 Kinder und mehr	Summe der Familie
bis 10 Mk.	2	3	5	2	—	4	1	17
über 10—15 Mk.	1	3	—	11	1	—	2	18
„ 15—19 „	16	10	13	25	22	3	4	93
„ 19—22 „	10	28	39	48	31	26	15	197
„ 22—25 „	10	29	55	51	61	30	25	261
„ 25 Mk.	43	71	60	45	33	13	9	274
Summe der Familien. . . .	82	144	172	182	148	76	56	860

Fast noch wichtiger sind diejenigen Fälle, in denen die Entbindung im Hause stattfindet, die Wöchnerin sich aber unter dem Zwange ihrer häuslichen Pflichten

und der Knappheit ihrer Mittel keine Schonung gönnen kann und bereits 2—3 Tage nach der Niederkunft z. B. wieder am Waschfasse steht, um für sich und den Säugling die notwendigsten Wäschestücke zu säubern. Die private Fürsorge bemühte sich nach Kräften, die Lücken der öffentlichen Fürsorge auszufüllen und entsprechend der Forderung BRENNECKES durch Hauspflege Verhältnisse zu schaffen, die es ermöglichten, jeder Frau den von der Wissenschaft gebotenen und verlangten Schutz zur Erhaltung ihres Lebens und ihrer Gesundheit zur Zeit der Geburt und des Wochenbettes zu gewährleisten.

Die Inanspruchnahme von Hauspflege für Entbindung und Wochenbett ging jedoch in den letzten 10 Jahren ganz allgemein ständig zurück (Tab. 7) und machte einer stärkeren Nachfrage nach Hauspflege im Erkrankungsfalle Platz.

Tabelle 7. *Anteil der Wochenbettpflegen.*
Auf 100 Pflegefälle entfielen Pflegen wegen Wochenbetts in:

Jahr	Alt-Berlin	Frankfurt a. M.	Bochum	Düsseldorf	Königsberg i. Pr.	Leipzig
1900	51	65	—	—	—	—
1913	49	51	65	64	97	56
1923	8	12	34	49	24	19
1924	6	.	.	51	.	24
1925	7	.	.	48	20	21

Die Ursachen dieser Erscheinung sind recht verschieden. Der Geburtenrückgang würde sich schon allein auswirken müssen. Sehr wesentlich ist dabei aber noch, daß die Beschränkung der Kinderzahl in viel höherem Maße den Müttern gestattet, Anstalten zur Entbindung aufzusuchen, ohne Gefahr zu laufen, den Haushalt zu schädigen.

In Alt-Berlin betrug der Anteil der Erstgeborenen an der Gesamtzahl der ehelich Lebendgeborenen im Durchschnitt der Jahre 1900—1909 noch 32%, stieg aber im Jahre 1925 bis auf 48,4%, der Anteil der zweiten Kinder veränderte sich kaum, der der dritten und vierten und folgenden Kinder fiel stark.

Tabelle 8. *Eheliche Kinderzahl.*
Es entfielen auf 100 ehelich Lebendgeborene in Alt-Berlin:

Nach der Ordnungsnummer	Im Durchschnitt der Jahre			Im Jahre						
	1900/09	1910/14	1915/18	1919	1920	1921	1922	1923	1924[1])	1925[1])
1 Kind	37,7	35,4	35,9	47,5	56,2	55,3	52,6	54,5	53,8	48,4
2 Kinder	24,8	25,4	26,0	24,9	22,2	24,7	27,3	26,4	25,9	28,2
3 Kinder	15,7	14,7	14,7	12,2	9,8	9,2	9,4	9,6	10,4	11,8
4 Kinder	9,8	8,7	8,7	6,2	4,8	4,3	4,4	4,1	4,3	5,2
5—7 Kinder . . .	12,8	11,1	10,4	6,8	5,1	4,8	4,7	3,9	3,8	4,6
8—10 Kinder . . .	3,7	3,4	3,0	1,8	1,3	1,3	1,1	1,5	1,3	1,5
11 u. weitere Kinder	1,5	1,3	1,3	0,6	0,6	0,4	0,5			

Gleichzeitig stieg der Anteil der Anstaltsentbindungen in Alt-Berlin von 6% im Jahre 1900 auf 47% im Jahre 1925 (s. Tabelle 9).

Während die Geburtenbeschränkung früher hauptsächlich von der wohlhabenden Bevölkerung betrieben wurde, läßt es sich deutlich verfolgen, wie auch die Bezirke mit Arbeiterbevölkerung etwa seit 1921

[1]) Ohne Angabe 0,3 bzw. 0,2.

Tabelle 9. *Anstaltsentbindungen.*

Jahr	Gesamtzahl der Geburten	Davon Anstaltsentbindungen	
		überhaupt	je 100
1900	51 670	3 139	6
1913	42 492	10 281	24
1921	28 722	9 641	33
1922	23 907	8 501	36
1923	19 889	6 673	34
1924	21 506	8 507	40
1925	24 454	11 445	47

ihren Vorsprung gegenüber den anderen Stadtteilen verloren. Die Geburtenziffer ist überall gleich niedrig geworden.

Mehr und mehr ist Hauspflege im *Erkrankungsfalle* begehrt worden und erlangt eine immer wachsende Bedeutung für die Krankenfürsorge. Die akuten Erkrankungen spielen eine geringe Rolle, da das Bedürfnis nach Hilfe weniger stark offenbar wird und sich vorwiegend auf krankenpflegerische Leistungen erstreckt. Besonders die akuten Infektionskrankheiten scheiden wegen der Ansteckungsgefahr überhaupt aus und geben allenfalls dann, wenn sich der Krankenhausaufenthalt, der in einem recht hohen Prozentsatze erfolgt, lange hinzieht, Veranlassung, daß für die zurückgebliebene Familie in Ausnahmefällen eine Haushilfe gestellt wird. Ganz anders Erkrankungen von längerer Dauer. Bei einer großen Zahl chronisch Kranker entspringt der Entschluß, in einer Anstalt Unterkommen zu suchen, weniger dem Bedürfnis nach täglicher Behandlung durch den Arzt und nach Pflege durch Krankenpflegepersonal, als vielmehr dem Wunsche, der Schwierigkeiten, die die Anforderungen des täglichen Lebens stellen, enthoben zu sein. Die länger dauernde Trennung von der Familie bedeutet für den chronisch Kranken jedoch eine große Härte, ganz abgesehen davon, daß die Krankenanstaltspflege eine zu kostspielige Form der Fürsorge ist, um sie als einzige Sachleistung in jedem Falle anzuwenden. Rechnet man nach dem Stande vom Dezember 1925 die Selbstkosten eines Verpflegungstages im Berliner Krankenhause mit etwa 7,70 Mark, so würden für die gleiche Summe selbst bei Gewährung der üblichen Unterstützungssätze in voller Höhe mindestens die Haushalte von 3 einzelnen Personen oder mehr als 2 Ehepaaren versorgt werden können, also nicht unwesentliche Ersparnisse für die allgemeine Wohlfahrtspflege zu erzielen sein, ohne daß der Hilfsbedürftige einen Nachteil hat. Die Entlastung der Krankenhäuser von einer Reihe Insassen, die auf Anstaltspflege nicht unbedingt angewiesen sind, ist im wesentlichen davon abhängig, ob es gelingt, unnötige Aufnahmen zu vermeiden und frühzeitige Entlassungen vorzunehmen, indem einfachere Sachleistungen teils als Ersatz, teils als Ergänzung des Krankenhausaufenthaltes zur Verfügung gestellt werden. In die Reihe dieser Maßnahmen gehört in erster Linie die Hauspflege. Sie entfernt sich damit von ihrer ursprünglichen Bestimmung, aber sie entspricht einem dringenden Erfordernis, wenn sie auch in solchen Fällen ohne Rücksicht auf die Dauer der Pflege, des Geschlecht und den Familienstand eingreift. Es ist der erste Schritt, die offene Fürsorge für chronisch Kranke, die am stärksten unter der Abhängigkeit von der Armenpflege leidet, zu veredeln und zu einem Ausgleich zwischen den Ansprüchen des Individuums und den Rechten, die die Gesellschaft geben kann, zu kommen. Es liegt nahe, auch Haushalte von Tuberkulösen im Interesse der Familie durch Pflegen vor dem Verfall zu schützen. Wenngleich in einzelnen Städten unter besonderen Bedingungen die Hauspflege in die Reihe der fürsorgerischen Maßnahmen aufgenommen ist, so lassen sich hiergegen doch erhebliche Bedenken nicht unterdrücken. Laien in Häuser von Bacillenstreuern mit ungünstigen Wohnungsverhältnissen zu entsenden, birgt die Gefahr der Infektion und der Regreßansprüche und ist vom Standpunkte der sozialen Hygiene nicht diskutabel, stößt übrigens meist auch auf Ablehnung bei den Pflegefrauen. Dagegen gehört es zum Rüstzeug der Tuberkulosefürsorge, wenn für die Dauer des Heilstättenaufenthaltes einer Hausfrau der Haushalt in gewohnter Weise versorgt wird, so daß die Kur unbesorgt angetreten und durchgeführt werden kann. Das gleiche gilt von der Führung des Haushaltes bei Überweisung von Frauen, die gewohnheitsmäßig berauschende Getränke zu sich nehmen, in Trinkerheilstätten, wenngleich hier häufig die Einschränkung zu machen ist, daß nur aussichtsreiche Fälle in Fürsorge genommen werden dürfen. Und ebenso ist die Möglichkeit und der Erfolg einer Kur in einem

Badeorte oder einer Kuranstalt häufig davon abhängig, daß die Wirtschaft während der Abwesenheit der Hausfrau durch Hilfskräfte weiter geführt wird.

Als letztes Gebiet kommt die *Altersfürsorge* in Betracht. Zahlreiche altersgebrechliche Personen vermögen ihren Haushalt nicht mehr zu versehen, ohne indes die Neigung zu haben, ihre liebgewonnene Umgebung zu verlassen und ohne unbedingt heimbedürftig zu sein. Hauspflege bei dieser Gruppe wird neuerdings immer mehr begehrt und gewährt und gewinnt um so mehr Bedeutung, je mehr die Zahl der Greise absolut und relativ in der Bevölkerung zunimmt.

Das Wirken der Hauspflege.

Eine Stadt ohne Hauspflege. *Eine Stadt mit gut ausgebauter Hauspflege.*

Die Wöchnerin.

Abb. 1. Sie kann sich nicht schonen, dies ist oft die Ursache dauernden Siechtums, vorzeitigen Alterns.

Abb. 2. Die junge Mutter erholt sich schnell, der Säugling gedeiht.

Die Kranke.

Abb. 3. O wie gern legte ich mich zu Bett, doch wer versorgt Kinder und Haushalt?

Abb. 4. Die Hauspflegerin tut die Arbeit der Hausfrau und pflegt die Kranke.

Die Mutter ist im Krankenhaus.

Abb. 5. Die Kinder verwahrlosen, der Mann geht ins Wirtshaus.

Abb. 6. Die Familie wird auseinandergerissen, die Kinder kommen für teure Pflegekosten in fremde Pflege.

Abb. 7. Die Hauspflegerin vertritt die abwesende Mutter. Diese findet beim Heimkehren gepflegte Kinder, einen geordneten Haushalt.

Im Deutschen Reich betrug der Anteil der über 60jährigen an der Gesamtbevölkerung im Jahre 1871 noch 7,5%, stieg bereits 1919 auf 8,5% und dürfte 1940 13% erreichen.

Die starke Anhäufung alter Leute ist die Folge davon, daß die aus den Jahren der starken Geburtenzunahme (1872 bis Beginn des 20. Jahrhunderts) stammenden stark besetzten Jahrgänge allmählich in das höhere Alter vorrücken, der Nachwuchs infolge raschen Sinkens der Geburtenzahl in den letzten 20 Jahren gering geblieben ist und durch die Kriegsverluste große Lücken in den mittleren Jahrgängen gerissen sind.

Endlich wird zuweilen die Hausfrau bei *vorübergehender Abwesenheit*, die nicht auf Erkrankung oder Wochenbett beruht, ersetzt. Dagegen kann es nicht Aufgabe der Hauspflege sein, leistungsfähigeren Familien eine billige Hausangestellte zur Verfügung zu stellen, wohl aber kann gelegentlich vorübergehendes Einspringen für eine erkrankte Hausangestellte in Frage kommen, wenn die vorhandenen Kräfte auf den anderen Hauptarbeitsgebieten nicht voll beschäftigt sind.

4. Gesetzliche Grundlagen. — Hauspflegekassen.

Mit der wachsenden Anerkennung des neuen Zweiges der Wohlfahrtspflege mehrten sich die Bemühungen, die Gewährung von Hauspflege aus dem Bereiche der Zufälligkeiten herauszubringen und im Wege der Gesetzgebung auf eine sichere Grundlage zu stellen.

Nachdem sich bereits mehrere Tagungen des Deutschen Vereins für Armenpflege mit dem Thema befaßt hatten, erhielt es eine genauere Prägung durch die Leitsätze, die im Anschluß an die Referate von Münsterberg und Hauser 1897 vom Deutschen Verein für Armenpflege in Kiel angenommen wurden:

„Die Wochenpflege hat die Besorgung des Haushalts der Wöchnerin (Haushaltspflege) sowie die sachverständige Pflege von Wöchnerin und Kind sicherzustellen, und zwar je nach Lage des Falles entweder durch Gestellung geschulter Wochenpflegerinnen oder durch Aufnahme in eine Pflegestätte unter gleichzeitiger Fürsorge für ihren Haushalt (Hauspflege)."

Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz verlangte in einem Antrag an den Reichstag im Jahre 1910, daß die Stellung einer Hauspflege fakultative Leistung einer ausreichenden Wochenhilfe sein müsse und während der Unterbringung in der Anstalt zwar die übrigen Leistungen ruhen, nicht aber die Stellung von Hauspflege unterbleiben dürfe. Nur der erste Teil dieser Forderungen ist erfüllt, ebenso wie die Forderung, die Alice Salomon vor dem Deutschen Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit im Jahre 1908 erhoben hatte. Sie lautete auf Subventionierung von Hauspflegevereinen, begnügte sich aber im übrigen mit der Alternative: Gewährung freier Hauspflege, falls erforderlich, oder Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim.

Die gegenwärtig geltende Versicherungs- und Wohlfahrtsgesetzgebung enthält an mehreren Stellen Bestimmungen, die auf die Hauspflege Bezug nehmen.

Mit Zustimmung der Wöchnerin kann die Kasse 1. an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewähren, 2. *Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren und dafür bis zur Hälfte des Wochengeldes abziehen.* — Im Falle der Nr. 1 gilt § 186 entsprechend, welcher lautet: Wird Krankenhauspflege einem Versicherten gewährt, der bisher von seinem Arbeitseinkommen Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, so ist daneben ein Hausgeld für die Angehörigen im Betrage des halben Krankengeldes zu zahlen.

Nach § 195a RVO. sind weibliche Versicherte bezugsberechtigt, die in den letzten 2 Jahren vor der Niederkunft mindestens 10 Monate, im letzten Jahre vor der Niederkunft aber mindestens 6 Monate hindurch auf Grund der RVO. oder bei dem Reichsknappschaftsverein gegen Krankheit versichert gewesen sind.

Hoffmann und Stier-Somlo äußern sich in ihren Kommentaren gleichlautend, daß Hauspflegerinnen Personen sind, welche die hauswirtschaftliche Tätigkeit für die erkrankte Ehefrau besorgen.

Demnach wird erstens die Zustimmung der Wöchnerin verlangt; Hauspflege darf also nicht aufgezwungen werden. Zweitens besteht kein Rechtsanspruch; es bleibt dem freien pflichtmäßigen Ermessen des Kassenvorstandes oder seines

Beauftragten überlassen, ob er Hauspflege von Fall zu Fall gewähren will. Drittens bleibt der Kasse das Recht, für die Gewährung von Hauspflege Abzüge vom Wochengeld bis zur Hälfte der Gesamtsumme zu machen, jedoch liegt keine Verpflichtung hierzu vor. Der selbstversicherten Frau steht also Hauspflege als fakultative Leistung frei.

Ehefrauen sowie solche Töchter, Stief- oder Pflegetöchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, haben gemäß § 205a RVO. Anspruch auf Familienwochenhilfe, sie sind den selbstversicherten Wöchnerinnen im Umfange und in der Voraussetzung der Leistungen völlig gleichgestellt. Minderbemittelte Wöchnerinnen, die weder selbstversichert sind, noch Anspruch auf Familienwochenhilfe haben, also z. B. Angehörige freier Berufe, Angehörige des kleinen Mittelstandes, selbständige Gewerbetreibende, unständig Beschäftigte sind den Versicherten nicht gleichgestellt. Für sie kommt die Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 mit den dazu erlassenen Reichsgrundsätzen vom 4. XII. 1924 in Betracht. Die Reichsgrundsätze zählen zu dem notwendigen Lebensbedarf, den die Fürsorge zu gewähren hat, Hilfe für Schwangere und Wöchnerinnen (§ 6, Ziff. c). Auf jeden Fall sollen nach § 12 die Leistungen das sicherstellen, was die RVO. den Familienangehörigen eines Versicherten gewährt (Familienwochenhilfe), und an Stelle barer Beihilfen sind auch Sachleistungen gestattet („die Hilfe kann in Geld, Sachleistung oder persönlicher Hilfe bestehen"). Weiter betont § 3 ausdrücklich, daß die Fürsorge zur Verhütung drohender Hilfsbedürftigkeit auch vorbeugend eingreifen kann, besonders um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Aber die Voraussetzung für das Eintreten dieser Fürsorge ist der Nachweis der Hilfsbedürftigkeit, und die Auslegung dieses Begriffes unterliegt mannigfachen Deutungen.

So muß es Sache der ausführenden Stellen sein, die Anregungen des Gesetzgebers sachentsprechend auch auf die Hauspflege anzuwenden.

Unklarer sind die Verhältnisse bei *Erkrankungen*. § 185 RVO. besagt: „Die Kasse kann mit Zustimmung des Versicherten Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwester *oder andere Pfleger* namentlich auch dann gewähren, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist, oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalte oder in seiner Familie zu belassen. Die Satzung kann gestatten, bis zu einem Viertel des Krankengeldes abzuziehen".

Hoffmann erklärt hierzu, daß es sich nicht um sog. Hauspflege handeln könne. Im Gegensatz hierzu stehen Stier-Somlo und Hahn auf dem Standpunkt, daß Hauspflege durchaus hierhin gehöre. Auf eine Anfrage des Verbandes der Hauspflege erklärt Hahn u. a.:

„Der sachliche Inhalt der nach § 185 und § 196 Ziff. 2 zugelassenen Leistungen ist in beiden Fällen gleichmäßig gekennzeichnet durch die Worte ‚Hilfe und Wartung'. Darunter sind Dienste zu verstehen, die über den regelmäßigen Anspruch auf Krankenhilfe nach § 182 oder Wochenhilfe nach § 195a hinausgehen, wie etwa Pflege und Bewachung (Hahn, Anm. 4 B zu § 182) oder andere Bemühungen um die Person der Kranken oder Wöchnerin, die zu jenen regelmäßigen Leistungen hinzutreten (Hahn, Anm. 2 zu § 185). Diese Bemühungen müssen naturgemäß eine verschiedene Gestalt annehmen, nicht nur je nachdem sie einer Kranken oder einer Wöchnerin zu leisten sind, sondern darüber hinaus, je nach besonderen Verhältnissen oder Bedürfnissen im Einzelfalle. Die pflegebedürftige *Kranke* wird nicht immer, aber oft, in der hauswirtschaftlichen Betätigung behindert sein; da würde einer Pflegerin, die sich nur auf die Erneuerung des heißen Umschlages, auf das Zurechtrücken der Kissen usw. verstünde und der Kranken nicht auch die Versorgung des Hauswesens ganz oder teilweise abnehmen könnte, übel am Platze sein. Daß ihr aber eine solche Hauspflegerin auf Kosten der Kasse beigegeben werden darf, ist auch aus dem Wortlaut des § 185 zu entnehmen, der durch die Worte ‚oder andere Pfleger' einen weiten Spielraum für das pflichtmäßige Ermessen der Kasse eröffnet und ihr die Möglichkeit gibt, die Art der ‚Hilfe und Wartung' ganz den besonderen Bedürfnissen im Einzelfalle anzupassen. Wenn um-

gekehrt im § 196 *nur* von Hauspflegerinnen die Rede ist, so hat das wohl seinen Grund darin, daß hier die Vertretung oder mindestens Unterstützung der Wöchnerin in ihren hauswirtschaftlichen Pflichten im Vordergrunde des Interesses steht, weil die pflegebedürftige Wöchnerin zur Schonung ihrer Gesundheit sich nicht nur von jeder Erwerbstätigkeit fernhalten, sondern auch von der Sorge um das Hauswesen möglichst entlastet werden soll. Wenn die Kasse ihr deshalb eine ‚Hauspflegerin' beigeben darf, so bedeutet das sicher nicht, daß diese ihre Dienste *lediglich* auf die Führung der Hauswirtschaft zu beschränken hat Eine so enge Auslegung des Gesetzes wird ausgeschlossen durch die Fassung des § 196 Ziff. 2, wonach es sich doch auch, wie im Falle des § 185, um ‚Hilfe und Wartung' im allgemeinen handelt, also auch um die notwendige Pflege am Wochenbett. So faßt z. B. auch Jaeger die Rechtslage auf in seinem Kommentar ‚Die Wochenhilfe', S. 58 Anm. 6 zu § 196 RVO."

Die Auffassung von Hahn und Stier-Somlo dürfte die zutreffende sein. Die Kassen sind also berechtigt, Hauspflege an erkrankte Selbstversicherte gemäß § 185 RVO. zu gewähren. Auch hier muß die Zustimmung der Kranken erfolgt sein, die Art der Pflege darf nicht aufgezwungen werden, die Leistung ist fakultativ, der Kassenvorstand oder der von ihm Beauftragte hat das volle Wahlrecht unter allen zur Verfügung stehenden Leistungen. Die Kasse darf für Gewährung der Hauspflege bis zu einem Viertel des Krankengeldes in Abzug bringen, ist dazu jedoch nicht verpflichtet. Nicht selbstversicherte Frauen, denen der § 205 RVO. Anspruch auf Familienhilfe im Erkrankungsfalle gibt (Ehefrauen sowie solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, welche mit dieser in häuslicher Gemeinschaft leben) sind recht ungünstig daran, obwohl sich gerade unter ihnen zahlreiche, nur hauswirtschaftlich tätige Personen mit kleinem Einkommen des Haushaltungsvorstandes befinden, deren Fürsorgebedürftigkeit wohl unbestritten ist. Die Familienhilfe ist Mehrleistung und muß daher von der Satzung bestimmt werden. Und auch die Gewährung von Hauspflege muß satzungsgemäß festgelegt werden. Das letztere ist aber bisher nur in seltenen Fällen geschehen. — Die weitestgehende Bestimmung befindet sich in dem 2. Gesetz über Änderungen in der *Unfallversicherung* vom 14. VII. 1925 (Fassung vom 9. I. 1926). Hier ist „Pflege" als ein selbständiger Bestandteil der Krankenbehandlung aufgeführt, so daß sie auch gewährt werden kann, wenn ärztliche Behandlung nicht erforderlich ist. § 558c RVO. lautet:

Pflege ist zu gewähren, solange der Verletzte infolge des Unfalles so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann.

Die Pflege besteht: 1. in der Gestellung der erforderlichen Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere geeignete Weise (Hauspflege) oder 2. in der Zahlung eines Pflegegeldes von 20—75 Mark monatlich.

Auf Antrag des Verletzten muß Hauspflege gewährt werden, wenn die Übernahme der Hilfe und Wartung Angehörigen des Verletzten wegen Krankheit, Kinderzahl oder aus einem anderen wichtigen Grunde billigerweise nicht zugemutet werden kann.

Die Genossenschaft kann mit Zustimmung des Verletzten Pflege auch in anderen Fällen als nach Abs. 1 gewähren, namentlich dann, wenn die Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt geboten, aber nicht ausführbar ist oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Verletzten in seinem Haushalte oder in seiner Familie zu belassen.

Minderbemittelten, die weder selbstversichert sind, noch Anspruch auf Familienhilfe haben, stehen die Bestimmungen aus der Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 und den Reichsgrundsätzen zur Verfügung, insbesondere kann § 3 der Grundsätze vornehmlich bei akuten Erkrankungen im Sinne der Vorbeugung durch Hauspflege herangezogen werden, ferner der § 6, der zum notwendigen Lebensunterhalt Krankenhilfe, sowie Hilfe zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit rechnet, und § 11, der für die Hilfe außer Geld und Sachleistung auch persönliche Hilfe gestattet. Wie weit von allen diesen Mög-

lichkeiten Gebrauch gemacht wird, hängt letzten Endes wieder von der Auslegung des Begriffes Hilfsbedürftigkeit ab. Bei chronischen Erkrankungen und Alter gelten sinngemäß die §§ 1, 6a und b, und 11, nur sind Kleinrentner, Sozialrentner und die ihnen Gleichstehenden bevorzugt durch Milderungen bei der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit und der Hilfsbedürftigkeit auf Grund der wirtschaftlichen Verhältnisse. Für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene kommt noch § 28 in Betracht: Die Sozialfürsorge soll den dauernd erwerbsunfähigen Schwerbeschädigten die durch die Dienstbeschädigung verursachten körperlichen Beschwerden erleichtern, soweit dies nicht durch die Versorgungsheilbehandlung zu geschehen hat. Soweit Beschädigte dauernder Pflege bedürfen, aber nicht auf Kosten des Reiches unter entsprechender Anrechnung der Versorgungsgebührnisse Anstaltspflege erhalten, soll die soziale Fürsorge für angemessene Pflege und Unterkunft sorgen.

Demnach bietet zwar die Gesetzgebung eine ganze Reihe von Handhaben, von denen für die Zwecke der Hauspflege Gebrauch gemacht werden könnte, aber vom Standpunkte der Sozialhygiene befriedigen sie noch nicht, wenn anders diese Form der Fürsorge überhaupt als berechtigt anerkannt wird. Personen gleicher Fürsorgebedürftigkeit sind je nach ihrer rechtlichen Zuständigkeit ganz ungleich behandelt, und wie auf vielen Gebieten, so macht sich auch hier der Mangel eines einheitlichen fürsorgerischen Maßstabes schmerzlich bemerkbar. Abgesehen davon, geht die Hauptforderung dahin, daß die Krankenkassen ebenso wie die Träger der öffentlichen Fürsorge die Gewährung von Hauspflege als eine ebensolche Selbstverständlichkeit ansehen, wie die Gewährung von Krankenhausaufenthalt, und von den gegebenen Möglichkeiten, je nach Lage des Falles genügend Gebrauch machen. Da die Aufnahme in ein Wöchnerinnenheim leider bisher noch die gleichzeitige Gewährung von Hauspflege ausschließt und bei Hauspflege die Anstaltsaufnahme zu Lasten der Versicherten gehen müßte, wird allerdings unter Umständen das Gegenteil von dem erreicht, was im Sinne der gesundheitlichen Fürsorge liegt. Weder die Anstalt noch die Hauspflege, sondern die zur Verfügung stehende Geldleistung wird gewählt und nicht selten zu ungeeigneten Zwecken verwendet.

Kreisen, die nicht gewohnt sind, weiter zu denken, wird es erschwert, Hauspflege zu benutzen. Die Verpflichtungen zu Rückzahlungen muß vielfach abschreckend wirken und den Zweck der Vorbeugung vereiteln. Bei chronischer Erkrankung und Alter wird die so dringend benötigte Verbesserung der offenen Fürsorge von der Einsicht und dem guten Willen des Bezirksfürsorgeverbandes abhängen. Endlich fallen diejenigen Personen, die nicht versicherungspflichtig sind, aber in ihrem Einkommen gleichfalls unter der Höhe der Versicherungsgrenze bleiben, bei strenger Auslegung der gesetzlichen Vorschriften ohne weiteres aus, obwohl gerade sie ebenso wie die Versicherungspflichtigen in hohem Maße schutz- und fürsorgebedürftig sind.

Deshalb sind einige Städte dazu übergegangen, diesen Kreisen durch Einrichtung der sog. Hauspflegekassen einen Ausgleich zu schaffen, ein Gedanke, der besonders in Frankfurt a. M. und Elberfeld zugunsten der städtischen Beamten, Angestellten und Arbeiter durchgeführt worden ist.

Die am 1. XI. 1913 in Elberfeld gegründete Hauspflegekasse, die nach vorübergehender Unterbrechung seit 1. I. 1924 wieder in Kraft ist, hatte für alle städtischen Angestellten mit einem Jahresverdienst unter 2000 Mark die Pflegekosten mit Ausnahme der Beköstigung für die Pflegerinnen auf städtische Mittel übernommen, Beamte mit höherem Diensteinkommen wurden mit einem regelmäßigen, nach der Höhe des Gehaltes abgestuften Jahresbeitrag zu den Kosten der Einrichtung herangezogen. Bei Eintritt des Pflegefalles waren neben der

Beköstigung für die Pflegerin nach demselben System abgestufte Beträge zu entrichten. Die Pflegedauer war bei Wochenbett auf längstens 10 Tage, bei Krankheit auf 21 Tage vorgesehen, konnte jedoch in Ausnahmefällen bis auf 35 Tage verlängert werden. Während in Elberfeld die praktische Durchführung der Hauspflege dem vorhandenen Verein im Rahmen seiner sonstigen Tätigkeit überlassen blieb und die Stadt für die entstehenden Kosten vertragsmäßig eintrat, wurde in Frankfurt a. M. die Durchführung in die Hand des Wohlfahrtsamtes gelegt. *Die Frankfurter Bestimmungen über die Gewährung von Hauspflege an die städtischen Beamten, Angestellten und Arbeiter vom 1. IV. 1925* lauten folgendermaßen:

Bestimmungen
über die Gewährung von Hauspflege an die städtischen Beamten, Angestellten und Arbeiter.

§ 1. *Zweck.* Das Wohlfahrtsamt leistet an die städt. Beamten, Angestellten und Arbeiter nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Hauspflege, d. h. es sorgt durch Stellung einer Pflegerin für die Verrichtung der Hausarbeiten und den ungestörten Gang des Hauswesens, falls die Ehefrau oder die den Haushalt sonst führende weibliche Person durch Krankheit oder Wochenbett oder in anderen vom Wohlfahrtsamt zu entscheidenden Fällen teilweise verhindert ist.

§ 2. *Voraussetzung.* Die Hauspflege wird geleistet: An die städt. Beamten, Angestellten und Arbeiter, deren Witwen und minderjährigen Waisen.

§ 3. Zum Bezuge von Hauspflege sind berechtigt alle städt. Beamten, Angestellten und Arbeiter, deren Witwen und minderjährigen Waisen, die

a) in Frankfurt a. M. wohnen und an das Wohlfahrtsamt die Versicherungsbeiträge zahlen, die zur Zeit betragen:

Für	Beamte	und	Angestellte	der	Gruppen	1—4	und Arbeiter	monatlich	0,40 Mk.
„	„	„	„	„	„	5—7		„	0,60 „
„	„	„	„	„	„	8—9		„	0,90 „
„	„	„	„	„	„	10—13		„	1,20 „

b) Im Pflegefall der Hauspflegerin für jeden Pflegetag eine Vergütung bezahlen, die beträgt:

für ganze Pflegetage:

für	die	Gruppen	1—4	und Arbeiter	täglich	0,40 Mk.
„	„	„	5—7		„	0,80 „
„	„	„	8—9		„	1,50 „
„	„	„	10—13		„	2,00 „

für halbe Pflegetage:

für	die	Gruppen	1—4	und Arbeiter	täglich	0,25 Mk.
„	„	„	5—7		„	0,50 „
„	„	„	8—9		„	1,00 „
„	„	„	10—13		„	1,25 „

Außerdem für Wasch- und Putzfrauen 25% Zuschlag.

Die Monatsbeiträge werden von der Dienststelle für Rechnung des Wohlfahrtsamtes eingezogen, und zwar:

a) von den Beamten und Angestellten, die ihre Bezüge vierteljährlich erhalten, vierteljährlich im voraus;

b) in anderen Fällen monatlich im voraus, auf Wunsch kann auch hier vierteljährliche Vorauszahlung erfolgen.

Die Zuzahlung erfolgt tagtäglich unmittelbar an die Hauspflegerin. Wer mit den Beiträgen länger als 3 Monate im Rückstande ist, verliert die Anwartschaft auf Hauspflege.

§ 4. *Beitrittsan- und -abmeldungen, Beginn und Ende der Anwartschaft auf Hauspflege.* Wer Auf Grund dieser Bestimmungen im Bedarfsfall Hauspflege beansprucht, hat sich an den vom Bureau oder Dienststellenvorsteher oder dem Amt hierzu näher bezeichneten Beamten zu wenden und ein von diesem auszufüllendes Anmeldeformular zu unterzeichnen, das von der Dienststelle an das Wohlfahrtsamt weitergegeben wird. Abmeldungen erfolgen auf dem gleichen Wege.

Die Anwartschaft auf Hauspflege beginnt nach einer Mitgliedschaft von 3 Monaten.

Im Falle des Ausscheidens aus dem städtischen Dienst wird Hauspflege mit dem Ende des laufenden Monats regelmäßig nicht mehr gewährt; nur ausnahmsweise kann sie

im Bedarfsfalle noch bis zum Ablauf von 6 Wochen nach Beendigung des Austrittsmonats bei Fortzahlung der Beiträge gewährt werden.

§ 5. Hauspflege wird nicht für Haushaltungen gewährt, in denen Familienmitglieder mit ansteckenden Krankheiten vorhanden sind.

§ 6. *Anmeldung des Pflegefalles.* Der Antrag auf Hauspflege ist beim Wohlfahrtsamt, Abteilung Hauspflege, anzumelden unter Beifügung von:

a) einer Bestätigung des in § 4 genannten Beamten über die Entrichtung der Beiträge;

b) für den Fall der Erkrankung Beifügung einer vom Arzt auszustellenden Bescheinigung.

Wochenbettfälle sind mindestens 4 Wochen vorher beim Wohlfahrtsamt, Abteilung Hauspflege, anzumelden. Bei Wochenbetten wird in der Regel Hauspflege nur dann geleistet, wenn mindestens ein Kind im Haushalt zu versorgen ist.

§ 7. In der Regel dauert die Wochenbettpflege 8—10 Tage. Bei Krankheiten wird die Pflegezeit bis zu 6 Wochen ausgedehnt. Während der Rekonvaleszenz nach Wochenbetten und bei chronischen Krankheiten wird auf Antrag dem Beitragszahler zur Hilfeleistung bei der Hauswäsche eine Pflegerin gegen Zahlung der in § 3 festgesetzten Zuzahlung gegeben.

§ 8. Für Ansprüche aus diesen Versicherungsbestimmungen ist der Rechtsweg ausgeschlossen.

Zur Entscheidung von Streitfragen wird eine Schlichtungskommission eingesetzt, bestehend aus einem vom Beschwerdeführer zu bezeichnenden Magistratsmitglied als Vorsitzenden, einem Vertreter des Wohlfahrtsamtes und einem Vertreter des Beschwerdeführers. Letzterer soll ein städtischer Beamter, Angestellter oder Arbeiter sein.

Weiter haben auch einzelne Betriebe über die ihnen gesetzlich auferlegten Verpflichtungen hinaus Hauspflegekassen unterhalten, aus denen, wie bei der Aktienbaugesellschaft in Frankfurt a. M., dem Träger der Hauspflege die Unkosten für die geleisteten Pflegen vergütet wurden.

Die Befürchtung, derartige Versicherungen würden von den in Betracht kommenden Schichten wenig benutzt werden, hat sich als unbegründet erwiesen. In Frankfurt a. M. betrug die Mitgliederzahl im Jahre 1913 : 365; auf Rechnung der städtischen Hauspflegekasse kamen von den insgesamt geleisteten 889 Fällen 129, während für 158 das Armenamt eintrat. Im Jahre 1924 wurde die Hauspflege bei insgesamt 700 Fällen 250mal auf Grund der Hauspflegeversicherung in Anspruch genommen. – Demnach ist der Gedanke der Versicherung durchaus auf fruchtbaren Boden gefallen, die fürsorgebedürftigen Kreise haben sich nicht darauf verlassen, im Notfalle Aushilfskräfte vom Arbeitsmarkte zum ortsüblichen Tagelohne zu beziehen, sondern das Gefahrenrisiko richtig eingeschätzt und den Vorteil der niedrigen Prämie ausgenutzt.

5. Träger.

Die *private Fürsorge*, deren Entschlußkraft und Arbeitsfreudigkeit Entstehen und Weiterentwicklung der Hauspflege zu danken ist, tritt auch heute noch als der hauptsächlichste Träger der praktischen Arbeit auf. So standen im Jahre 1925 u. a. in den Städten Aachen, Augsburg, Barmen, Berlin, Dresden, Düsseldorf, Elberfeld, Freiburg i. Br., Köln, Leipzig, Mainz, München und Stuttgart selbständige Organisationen der privaten Fürsorge im Dienste der Hauspflege. In einer Reihe anderer Städte waren besondere Hauspflegeabteilungen als Untergruppen der organisierten Wohlfahrtspflege auf gleichem Gebiete tätig, und zwar als Zweigabteilung des Vaterländischen Frauenvereins in Bochum, Dessau, Essen und Königsberg i. Pr., als Unterabteilung des Frauenfürsorgevereins in Fürth i. B., als Gruppe des Vereins „Frauenwohl“ in Flensburg und als Gruppe des Wohlfahrts- und Armenpflegerinnenvereins in Breslau. In Mannheim ist nach der Auflösung des alten Hauspflegevereins im Jahre 1920 die gesamte Arbeit von den zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen konfessionellen Wohlfahrtsvereinigungen auf der alten Grundlage übernommen worden. Außerdem wird besonders im Westen Deutschlands von der Familienpflege des

3. Ordens, den Organisationen der evangelischen Frauenhilfe und vereinzelt von der Arbeiterwohlfahrt Hauspflege neben ihren Hauptarbeitsgebieten betrieben.

Daß sich kleine Vereine unter der großen Zahl von Wohlfahrtsorganisationen an einem Ort schwer Geltung verschaffen können, mag zutreffen und daher für die Angliederung an einen großen allgemeinen Wohlfahrtspflegeverein sprechen. Gleichwohl muß daran festgehalten werden, daß die wichtigen Aufgaben nur dann voll erfüllt werden können, wenn solche Zweigabteilungen innerhalb des Gesamtverbandes Selbständigkeit und Bewegungsfreiheit genießen und das Arbeitsgebiet klar abgegrenzt ist. Auf jeden Fall aber ist die Zugehörigkeit eines selbständigen Hauspflegevereins zu den anderen am Orte vorhandenen Vereinigungen der gesamten privaten Wohlfahrtspflege nötig, um der Arbeit Rückhalt und Ausdehnungsmöglichkeit zu geben.

Die Frage, wer der geeignete Träger der Hauspflege ist, hat nicht nur in Zeiten der Zerrüttung der Geldwirtschaft Bedeutung gehabt, sondern ist auch durch die neueste Gesetzgebung wieder ins Rollen gebracht worden. Die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 hat zum ersten Male in der Geschichte der Wohlfahrtsgesetzgebung die Anerkennung und Gleichberechtigung der privaten Fürsorgetätigkeit gebracht und ausdrücklich darauf hingewiesen, daß keine neuen Einrichtungen von der öffentlichen Fürsorge geschaffen werden, soweit geeignete der freien Wohlfahrtspflege vorhanden sind. Zweifellos ist es der privaten Fürsorge gelungen, in einer Reihe von Städten das Neuland der Hauspflege fruchtbringend zu bearbeiten. Die Hauspflege hat im Laufe der Entwicklung bestimmte Gestalt und feste Arbeitsmethodik angenommen, die teils schon jetzt ausreichen, teils durchaus ausbaufähig sind und die öffentliche Fürsorge besonders dadurch, daß ihre Leistungen über die Armenpflege hinausgehen, wirkungsvoll ergänzen. Es liegt also zunächst kein stichhaltiger Grund vor, auf die Ergebnisse der mühevollen Arbeit, die durch vorübergehende geldliche Schwierigkeiten gefährdet sind, mit dem Ausdrucke des Bedauerns zu verzichten. Wenn die Notwendigkeit einer Fürsorge für den Haushalt überhaupt anerkannt wird, - und daran wird wohl kaum gezweifelt werden können —, wird die Zukunft der Hauspflege im wesentlichen davon abhängen, ob es gelingt, die *Lasten gleichmäßig und auf stärkere Schultern* als die eines Vereines zu verteilen. Die Schmiegsamkeit und Anpassungsfähigkeit der privaten Fürsorge, das Fehlen beengender und hemmender Paragraphen, an die die öffentliche Fürsorge notwendigerweise gebunden ist, die Heranziehung von Geldmitteln und Arbeitskräften aus den Kreisen der privaten Wohltätigkeit, die für öffentliche Einrichtungen nur schwer zu gewinnen sind, sprechen dafür, daß Vereine die Träger sind. Der Nachteil ist in diesem Falle die Beschränkung auf Bruchteile der Fürsorgebedürftigen, die Abhängigkeit von Zufälligkeiten, die Schwierigkeit der Verfügung über große Geldmittel und die Erschwerung, geeignete Arbeitskräfte dauernd zur Verfügung zu haben. Aber auch die völlige Überführung in gemeindliche Fürsorge bringt in keiner Weise die Erfassung sämtlicher Fürsorgebedürftigen und hat die Gefahr der Erstarrung in Bürokratie. Denn die gesundheitliche Fürsorge hat nicht das Glück gehabt, bei ihrem Eindringen in die Verwaltung unmittelbar eigene Formen entwickeln zu können, sondern muß sich erst allmählich aus den Fesseln der Überlieferung befreien, um die ihrem Wesen entsprechende Arbeitsmethoden durchzusetzen. Aber solche Bedenken sind zu überwinden. Die Beispiele von Frankfurt a. M., Gotha, Offenbach, Rostock, Solingen, beweisen, daß unter der Leitung der *öffentlichen Fürsorge* reibungslos und erfolgreich gearbeitet werden kann. Fraglos gehört die Hauspflege zu denjenigen Gebieten, auf die die Worte des Gesetzgebers passen, daß öffentliche und freie Wohlfahrtspflege sich zweckmäßig ergänzen und in Formen zusammenarbeiten sollen, die der Selbständigkeit beider gerecht werden.

Am stärksten müßte nach Lage der Dinge das Interesse für Hauspflege bei den *Trägern der Krankenversicherung* sein. Jedoch erschwert es die große Zahl verschiedener Kassen an einem Orte, daß etwa eine einzelne Kasse, es sei denn eine ganz große, Hauspflege in eigener Regie betreibt. Die Zersplitterung der Kräfte ließe sich nur vermeiden, wenn ein Verband von Krankenkassen für sämtliche ihm angeschlossenen Kassen gemeinsam die Trägerschaft übernimmt, aber auch dann ergeben sich wieder Schwierigkeiten in der Erfassung aller jener Personen, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

Die ideale Lösung ist die, daß an einem Ort nur eine einzige, leistungsfähige Organisation die praktische Arbeit leistet. Sämtliche anderen Träger der privaten und öffentlichen Fürsorge sowie der Sozialversicherung übernehmen im Wege der *Arbeitsgemeinschaft* zu bestimmten Bedingungen die Gewährung der Hauspflege, überlassen aber der Sonderorganisation die praktische Durchführung und treten anteilig für die Kosten ein. So wird einer *Zentralisierung der Trägerschaft* der Weg geebnet. Eine Ausnahme machen lediglich solche Großbetriebe der Industrie, die ein abgeschlossenes Ganzes für sich bilden. Ein derartiger Zusammenschluß gewährleistet die Verallgemeinerung der Arbeit, gibt den unerläßlichen Zusammenhang zwischen den einzelnen Stellen, wirkt dadurch sparend und leistungssteigernd, sichert den Lastenausgleich und beseitigt das Finanzelend, unter dem die ausübenden Stellen sonst vielfach zu leiden haben. Die Parteien, die in erster Linie für eine Beteiligung in Frage kommen, sind die Gemeinden, (Gesundheitsämter und Wohlfahrtsämter), von den Reichsversicherungsträgern die Krankenkassen und unter Umständen die Landesversicherungsanstalten, von privater Seite die Organisationen der humanitären und konfessionellen Wohlfahrtspflege, Großbetriebe der Industrie, die großen Betriebsverwaltungen, wie Eisenbahn und Post, schließlich auch Standes- und Berufsorganisationen.

Eine derartige Zusammenfassung ist bereits an vielen Stellen im Werden. In einer Reihe von Städten erhalten die Hauspflegevereine jährliche Zuschüsse von den verschiedensten Seiten. So erwünscht und dankenswert derartige Beiträge von Einzelpersönlichkeiten sind, die aus sittlicher Verpflichtung zu den Aufgaben der Wohlfahrtspflege beisteuern wollen, so muß man doch von öffentlichen Stellen, besonders denen, die sich in den Dienst der Gesundheitspolitik stellen, verlangen, daß die Höhe dieser Zuwendung nicht nur den Charakter einer wohlwollenden Anerkennung trägt, sondern tatsächlich im Einklang mit dem Nutzen für die öffentliche Fürsorge steht. Wenn deshalb ernstlich der Wille zur sozialen Tat vorhanden ist, so sollte der andere Weg eingeschlagen werden, der vom sozialhygienischen Standpunkte weit mehr für sich hat: durch *Vertrag* verpflichtet sich der die Hauspflege gewährende Teil zur Bestreitung von Kosten in Fällen, die seiner Zuständigkeit unterliegen, sei es durch teilweise oder gänzliche Übernahme von Beträgen, die zu den Unkosten und der tatsächlichen Leistung in einem angemessenen Verhältnisse stehen. Solche Verträge sind vor dem Kriege vielfach abgeschlossen gewesen und auch neuerdings wieder, wenn auch bisher nur in kleinerer Zahl, in Kraft gesetzt worden.

Gemeindliche Behörden, die hierbei eine Rolle spielen, sind: *I. Organe der wirtschaftlichen Fürsorge* (Wohlfahrtsämter, Unterstützungsämter, Fürsorgeämter, Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge).

So übernehmen in Elberfeld das Wohlfahrtsamt, in Düsseldorf das Wohlfahrtsamt und die Fürsorgestelle für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene sowie das Fürsorgeamt für städtische Arbeiter, in Fürth i. B. die Kriegshinterbliebenenfürsorge und das Armenamt, in Leipzig das Fürsorgeamt für die von diesen Stellen überwiesenen Fälle die Bezahlung der vollen Selbstkosten.

Hierzu gehören auch die in Elberfeld und Frankfurt a. M. eingerichteten städtischen Hauspflegekassen.

In Berlin ist zwischen Gemeinde und Verein ein Abkommen getroffen, das sich besonders auf die Ausübung der Hauspflege bei chronisch Kranken, Siechen, Altersgebrechlichen, Kleinrentnern und Sozialrentnern bezieht. Es lautet auszugsweise:

1. Die Hauspflegevereine in den Bezirken ..... übernehmen die Hauspflege bei Hilfsbedürftigen, die ihren Bezirkshauspflegestellen durch die Wohlfahrts- und Jugendkommission namhaft gemacht werden. Zu den Aufgaben der Hauspflege gehört die Besorgung des Haushaltes und Führung der Wirtschaft. Verrichtungen einer Krankenpflegerin können daher von den Hauspflegevereinen nicht ausgeübt werden. Die Anforderung von Hauspflege kann bei den Bezirkshauspflegestellen erfolgen.

2. Ist Hauspflege erforderlich, hat der Vorsteher der Wohlfahrts- und Jugendkommission in dem Auftragsschreiben anzugeben, in welchem Umfange (ob täglich oder wie oft wöchentlich, an wieviel Stunden an jedem Tage usw.) und für welchen Zeitraum (für wieviel Tage, Wochen usw.) die Hauspflege ausgeführt werden soll. Besonders bei chronisch Kranken, Siechen und Altersgebrechlichen, die Aufnahme in ein Siechenhaus, Altersheim u. dgl. wünschen, ist auf Heranziehung der Hauspflegevereine zur Ersparung der hohen Verpflegungskosten in der Anstalt Bedacht zu nehmen. Die Begutachtung, ob Hauspflege geeignet ist oder Krankenpflege im Hause bzw. Bewahrung in der Anstalt in Frage kommt, ist in der Regel von dem Gutachten des Stadtarztes bzw. ärztlichen Fachstadtrates auf Grund der üblichen Zeugnisse über Hilfsbedürftigkeit in ärztlicher und sozialer Beziehung abhängig zu machen.

3. Für die Ausübung der Hauspflege sind an die Bezirkshauspflegestellen durch die auftraggebenden Vorsteher der Wohlfahrts- und Jugendkommissionen folgende Vergütungen zu zahlen:

bei gewöhnlicher Hauspflege:

(Stand vom 1. II. 1926)

ganzer Tag	2,80 Mk.
halber Tag	1,60 „
für stundenweise Arbeit	0,45 „
Reinemachetag	4,00 „
Nacht	2,80 „

4. Die Hauspflege, für die die in Ziff. 3 angeführten Vergütungen gelten, ist in der Zeit von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr abends zu leisten. Für Dienstleistung außer dieser Zeit sind Vergütungen jedesmal durch Vermittlung der Vorsteher der Wohlfahrts- und Jugendkommissionen zwischen dem zuständigen Bezirkswohlfahrtsamt und der betreffenden Bezirkshauspflegestelle besonders zu vereinbaren.

5. Die den Bezirkshauspflegestellen zu erstattenden Kosten sind als Unterstützungen anzusehen, die den Bedürftigen von der Wohlfahrtskommission gezahlt werden und werden aus den hierfür im Bezirkshaushalt zur Verfügung stehenden Mitteln entnommen; bei Bemessung der den Hilfsbedürftigen insgesamt zu zahlenden Unterstützung kommen sie nicht in Ansatz.

II. Organe der gesundheitlichen Fürsorge in der Gemeinde.

So treten in Bochum und Fürth i. B. die Tuberkulose-Fürsorgestellen in voller Höhe für die Kosten der Hauspflege bei Kranken, die von den Fürsorgestellen überwiesen sind, ein.

In fast allen Städten, in denen Hauspflegeorganisationen vorhanden sind, erhalten sie von den Stadtverwaltungen Unterstützungen, entweder in Form größerer Pauschalbeihilfen, wie in Dessau, Flensburg, Mainz und Stuttgart, oder in Verbindung mit einer vollen oder teilweisen Übernahme von Kosten für Einzelfälle, wie in Berlin, Dresden und Essen, oder nur in Gestalt von Erstattungen für Einzelfälle.

III. Mit Trägern der Sozialversicherung sind Verträge, z. B. in Düsseldorf, Elberfeld, Frankfurt a. M., Köln, Solingen abgeschlossen.

Der Düsseldorfer Vertrag, der außer für die Allgemeine Ortskrankenkasse auch noch für fast sämtliche anderen Krankenkassen der Stadt gilt, zeichnet sich besonders dadurch aus, daß die Kasse in voller Würdigung der gesundheitsfürsorgerischen Bedeutung der Hauspflege bei Wöchnerinnen von ihrem Rechte, das Wochengeld entsprechend zu kürzen, keinen Gebrauch macht. Auch die Bestimmung über die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses im Erkrankungsfalle (§ 4) kann dadurch segensreich wirken, daß die Hauspflege in den Verordnungs-

schatz des Kassenarztes aufgenommen und damit das Wirkungsgebiet des praktizierenden Arztes nach der fürsorgerischen Seite erweitert wird.

Vertrag zwischen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Düsseldorf und dem Verein für Hauspflege.

§ 1. Die Allgemeine Ortskrankenkasse wird dem Verein für Hauspflege zur Gewährung von Hauspflege geeignete Fälle zur Fürsorge nach Bestimmung ihrer Satzung überweisen. In welchen Fällen Hauspflege gewährt werden soll, bestimmt der Kassenvorstand.

§ 2. Der Verein für Hauspflege verpflichtet sich, die ihm von der AOK. überwiesenen Hauspflegefälle nach Maßgabe seiner Satzung und seiner sonstigen Bestimmungen auszuführen.

§ 3. Im Falle der Niederkunft wird sich der Kassenvorstand je nach der wirtschaftlichen Lage und dem Grade der Notwendigkeit zur Gewährung von Hauspflege an die Selbstversicherten oder an auf Grund der Familienwochenhilfe anspruchsberechtigte Wöchnerinnen entscheiden. Die Kasse übernimmt die vollen Pflegekosten oder zieht die Wöchnerin zu angemessener Zuzahlung heran. Von dem Rechte, bis zur Hälfte des Wochengeldes zu kürzen (§ 196 Ziff. 2 RVO.), wird die Kasse keinen Gebrauch machen. Hat die Verpflegte Zuzahlung zu leisten, so geschieht deren Einziehung während der Pflege durch den Verein.

Die Anmeldung der Pflege soll mindestens 4 Wochen vor der Niederkunft erfolgen.

Die Dauer der Pflege beträgt in der Regel 9 Tage. Verläuft das Wochenbett anormal oder tritt während der Hauspflege eine andere Erkrankung auf, so daß die Pflege nach Erachten des Vereins länger als 14 Tage gewährt werden muß, so muß der Verein auf jeden Fall die Zustimmung der Kasse einholen.

§ 4. In Krankheitsfällen kann die Kasse von der Gewährung von Hauspflege Gebrauch machen, wenn die Erkrankte eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Hauspflege vorlegt. Die Nachprüfung der Notwendigkeit erfolgt durch den Kassenvorstand, der auch über die Höhe der von der Kranken zu leistenden Zuzahlung entscheidet. Ausnahmsweise kann auch hier die Kasse die vollen Kosten übernehmen.

In dringenden Fällen kann Hauspflege auch ohne ärztliche Bescheinigung gewährt werden, doch ist sie dann unverzüglich nachzuholen.

Die Dauer der Hauspflege richtet sich im allgemeinen nach dem Gesundheitszustand der Erkrankten; ihre Begrenzung bleibt i. A. dem Verein überlassen, doch hat auch die Kasse das Recht, eine Beendigung der Pflege zu bestimmen. Die Höchstdauer ist in der Regel 4 Wochen. Ist aber nach Erachten des Vereins darüber hinaus noch längere Pflege notwendig, so bedarf es hierfür der Zustimmung der Kasse.

§ 5. Die Pflege wird entweder von festangestellten Hauspflegerinnen oder, wenn solche nicht in genügender Zahl vorhanden sind oder wenn andere Gründe vorliegen, je nach Erachten des Vereins von Aushilfspflegerinnen ausgeführt. Verwandte der Verpflegten jedoch werden nur ausnahmsweise dann als Aushilfspflegerinnen eingestellt, wenn die Verwandte nach Erachten des Vereins hierfür besonders geeignet ist und zur Übernahme der Pflege nachweisbar Verdienst aufgibt.

§ 6. Die Anträge auf Hauspflege seitens der Pflegebedürftigen werden entweder bei der Kasse oder bei dem Verein gestellt. Sie werden möglichst umgehend dem anderen Vertragschließenden weitergegeben.

§ 7. Die an den Verein zu zahlenden Pflegesätze betragen zur Zeit 2 Mk. je Pflegetag (Ende 1924!). Den Anteil, den die Kasse zu diesen Pflegesätzen übernimmt, zahlt sie unmittelbar an den Verein.

§ 8. Der Vertrag kann von jeder vertragschließenden Partei für den Schluß eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Wochen gekündigt werden.

In ähnlicher Weise wird durch Abkommen zwischen der Hauspflegezentrale des städtischen Wohlfahrtsamtes in Frankfurt a. M. und den Krankenkassen Selbstversicherten bei Krankheit und Wochenbett, Familienversicherten bei Wochenbett Hauspflege geleistet. Ihre Dauer ist auf etwa 3 Wochen beschränkt, kann jedoch im Höchstfalle auf 6 Wochen ausgedehnt werden.

In Gera und Solingen übernehmen die Allgemeinen Ortskrankenkassen auf Antrag die Hälfte der Kosten, in Köln zahlen die Allgemeine Ortskrankenkasse und einige Betriebskrankenkassen dem Vereine einen nach der Mitgliederzahl berechneten jährlichen Pauschbetrag von 0,12 Mark je Versicherten, wofür die zugewiesenen Pflegefälle vom Verein ausgeführt werden. In Krefeld vergütet die Allgemeine Ortskrankenkasse im Einzelfalle die Kosten auf 10 Tage für selbst-

versicherte Wöchnerinnen, in Berlin stellt die Ortskrankenkasse der Buchdrucker bei Entbindung im Hause unentgeltlich Hauspflege durch den örtlichen Verein.

Vereinzelt, so in Augsburg und Dresden, steuern die Krankenkassen jährlich größere Beihilfen bei, einzelne, wie die in Aachen und Düsseldorf, zahlen außer Mitgliedsbeiträgen auch Pflegekosten für Einzelfälle.

Besondere Ausgaben entstehen der Kasse durch derartige Leistungen kaum. Nach den Beobachtungen in Düsseldorf machen die Aufwendungen für Hauspflege knapp $1^0/_{00}$ der Gesamtausgaben aus, stehen also in überhaupt keinem nennenswerten Verhältnis zu dem erzielten Nutzen.

Die Landesversicherungsanstalten haben sich im allgemeinen damit begnügt, die Mitgliedschaft der Vereine zu erwerben oder regelmäßig jährliche Zuschüsse zu leisten, so in Berlin, Westfalen und Rheinprovinz. Die LVA. Rheinprovinz hat außerdem im Jahre 1913 versuchsweise für invalidenversicherte Personen oder deren Angehörige die Hälfte der Unkosten, die durch Hauspflege entstanden, auf ihre Rechnung übernommen.

IV. Aus den Reihen der organisierten freien Wohlfahrtspflege haben eine Anzahl von Organisationen mit Hauspflegevereinen eine Arbeitsgemeinschaft gebildet. Die Zusammenarbeit bezieht sich dabei meist auf Kreise, die der Versicherungspflicht nicht unterliegen.

So hatte der Augsburger Verein Vereinbarungen mit dem evangelischen Arbeiterinnenverein, dem Werkmeisterfrauenverein, dem bayerischen Verkehrsbeamtenverein. In Elberfeld besteht ein Abkommen mit dem Eisenbahnfrauenverein. In Leipzig übertragen eine Reihe kirchlicher Gemeinden, sowie der israelitische und katholische Frauenverein dem Verein Hauspflege die Durchführung von Pflegen und tragen die Unkosten.

Schließlich sind auch Abschlüsse mit Betriebsverwaltungen gemacht. In Dresden und Leipzig geben Eisenbahn und Post regelmäßige Beihilfen, in Fürth i. B. erstatten sie die vollen Kosten, bei Angehörigen der Bahnverwaltung nach Vorliegen der bahnärztlichen Meldung.

Von den Großbetrieben der Industrie haben einige eigene Hauspflegeorganisationen geschaffen, die Mehrzahl übernehmen Kosten hierfür aus ihren Wohlfahrtsmitteln.

So haben in Duisburg im Jahre 1925 die rheinischen Stahlwerke für 205, die Phönix-A.-G. für 156, die Gesellschaft für Teerverwertung für 11 und die A.-G. für Hüttenbetrieb für 17 Fälle gezahlt, die Siemenswerke in Berlin übernehmen bei Erkrankung der Frauen von Arbeitnehmern ganz oder zu einem großen Teile die Kosten.

6. Organisation der praktischen Arbeit.

Die Organisation der praktischen Arbeit ist unabhängig von der Frage der Trägerschaft überall gleichmäßig aufgebaut, Abweichungen im einzelnen ergeben sich aus der Größe der Stadt und aus der finanziellen Beteiligung der einzelnen Interessenten.

Vorstand oder Hauptgeschäftsstelle auf der einen Seite, Pflegefrauen auf der anderen Seite sind die Organe der Hauspflege, zwischen beiden sind noch häufig Aufsichtspersonen eingeschaltet. In der Hauptgeschäftsstelle werden die Verwaltungsarbeiten erledigt, die generellen Angelegenheiten für die Tätigkeit in den Bezirken bearbeitet und die Einheitlichkeit der Arbeit überwacht. Nach dem Muster der Satzungen des Frankfurter Vereins werden die Ziele übereinstimmend in den „Satzungen" festgelegt, von denen hier die des Düsseldorfer Vereins angeführt seien:

Satzungen des Vereins für Hauspflege für Düsseldorf und Vororte. (E. V.)

Zweck des Vereins.

1. Der „Verein für Hauspflege für Düsseldorf und Vororte" hat seinen Sitz in Düsseldorf. Er ist eine gemeinnützige Einrichtung und bezweckt die Aufrechterhaltung des durch vorübergehende Arbeitsunfähigkeit der Frau bedrohten Haushaltes.

2. Unter „Hauspflege" versteht der Verein nicht spezielle Krankenpflege, diese liegt in Händen des beruflichen Pflegepersonals, sondern, wie das Wort sagt, Pflege des Hauses, wie sie von der Hausfrau und Mutter ausgeübt wird, Sorge für Haushalt, Mann und Kinder.

3. Die Hauspflege soll sich erstrecken:

a) auf den Haushalt der Wöchnerin;

b) auf den Haushalt der im Krankenhause oder Wöchnerinnenasyl befindlichen Frau;

c) ausnahmsweise auf andere Fälle, die dem unter 2 genannten Zweck entsprechen.

4. Über die Gewährung einer Hauspflege wird nach Prüfung der Verhältnisse von Fall zu Fall entschieden.

Von der Einziehung der entstehenden Kosten kann auf Beschluß des Vorstandes Abstand genommen werden.

5. Zu Pflegerinnen werden geeignete weibliche Personen gegen entsprechende Vergütung angenommen.

Die Pflegerinnen unterstehen einer Pflegeordnung.

Mitgliedschaft.

6. Die Mitgliedschaft wird erworben:

1. durch Zahlung eines Jahresbeitrages von mindestens 6 Mark;
2. durch einmalige Zahlung von mindestens 500 Mark.

Stifter sind diejenigen Mitglieder, die einen einmaligen Beitrag von mindestens 1000 Mark gegeben haben.

Die Mitgliedschaft erlischt durch Abmeldung, die spätestens 4 Wochen vor Abschluß des Geschäftsjahres zu erfolgen hat.

Zweimalige Weigerung, den Jahresbeitrag zu entrichten, wird der Abmeldung gleichgeachtet.

Mittel des Vereins.

7. Der Verein erlangt seine Mittel:

1. durch Beiträge seiner Mitglieder (vgl. 6);
2. durch sonstige freiwillige Zuwendungen von Gönnern und Freunden;
3. durch Vergütung für die von ihm geleistete Hauspflege;
4. evtl. später durch Versicherungen.

Leitung des Vereins.

8. Die Geschäfte des Vereins werden vom Vorstand unter Aufsicht des Verwaltungsrates geführt. Der Vorstand besteht aus mindestens drei Personen; er wird aus dem Kreise der Mitglieder vom Verwaltungsrat ernannt und kann von diesem jederzeit abberufen werden. Der Verwaltungsrat besteht aus mindestens sechs Personen, die auf die Dauer von zwei Jahren von der ordentlichen Mitgliederversammlung zu wählen sind. Wiederwahl ist zulässig. Außer diesen durch Wahl in den Verwaltungsrat gelangenden Personen gehören dem Verwaltungsrat noch die Stifter an. Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Will ein Mitglied des Vorstandes ausscheiden, so hat es diese Absicht dem Verwaltungsrat drei Monate vor dem Ausscheiden anzuzeigen.

9. Für die Ausführung der Arbeit ernennt der Vorstand einen Arbeitsausschuß, der nach den Anweisungen des Vorstandes zu arbeiten hat. Diesem Ausschuß können auch Nichtmitglieder als Helferinnen angehören.

Mitgliederversammlung.

10. Die ordentliche Mitgliederversammlung findet alljährlich in den vier ersten Monaten des Geschäftsjahres statt. Sie hat den Geschäftsbericht des Vorstandes entgegenzunehmen, die Jahresrechnung zu prüfen und die etwa notwendigen Wahlen zu vollziehen. Die Einberufung erfolgt mindestens eine Woche vorher schriftlich und durch Anzeige in einer vom Verwaltungsrat zu bestimmenden Tageszeitung unter gleichzeitiger Mitteilung der Tagesordnung.

Satzungsänderung. — Auflösung des Vereins.

11. Über einen Antrag auf Abänderung der Satzungen kann in der Mitgliederversammlung nur beschlossen werden, wenn der Antrag dem Vorstande drei Wochen vorher schriftlich eingereicht wurde und von diesem in der Einladung zur Mitgliederversammlung, wenigstens dem Gegenstande nach, bekanntgegeben war.

Dasselbe gilt für einen Antrag auf Auflösung des Vereins.

12. Zur Beschlußfassung über einen der in 11 angeführten Anträge bedarf es der Anwesenheit der Hälfte der Vereinsmitglieder.

Hat eine Mitgliederversammlung wegen Beschlußunfähigkeit vertagt werden müssen, so ist die einzuberufende neue Mitgliederversammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder beschlußfähig.

13. Im Falle der Auflösung des Vereins beschließt die letzte Mitgliederversammlung über die Verwendung des Vermögens mit der Bedingung, daß es in einer den Vereinszwecken möglichst entsprechenden Weise verwendet wird.

14. Das Geschäftsjahr läuft vom 31. Januar bis 31. Dezember.

15. Es wird die Eintragung des Vereins beim hiesigen Amtsgericht beschlossen.

Die Hauptgeschäftsstelle stellt die Mittel bereit, leitet den Abrechnungsverkehr mit den einzelnen Kostenträgern, überweist das Geld für die Lohnzahlungen an die Bezirksstellen und sorgt für den Zusammenhang mit den anderen am Orte befindlichen Einrichtungen der privaten und öffentlichen Fürsorge, die auf dem Gebiete der Sozialpolitik, Sozialhygiene, Wohlfahrtspflege und Karitas tätig sind. Sie wird dabei vielfach Gelegenheit finden, für die Arbeit der Hauspflege zu werben und ihre finanzielle und moralische Unterstützung zu sichern. Der Werbung dienen Aussprachen in anderen Vereinen, kurze Ankündigungen, die von Zeit zu Zeit in der Tagespresse erscheinen, gelegentlich auch Flugblätter. Sehr wesentlich ist die Gewinnung der Ärzte und des ärztlichen Hilfspersonals, in deren Kreisen die Hauspflege durchaus nicht so bekannt ist, wie es nötig wäre. So sind in Leipzig und Barmen früher an sämtliche Ärzte Plakate zum Aushang in den Wartezimmern versandt worden, und ähnlich geschieht es in Köln, wo durch Rundschreiben an Ärzte und Krankenhäuser die Aufmerksamkeit von Zeit zu Zeit erneut geweckt wird. Die Zusammenarbeit mit den Hebammen und Wochenbettpflegerinnen wird in den einzelnen Städten durch gelegentliche Zusammenkünfte und Aussprachen gefördert. Schließlich sind hier und da in den Krankenhäusern, Wohlfahrtsstellen, Polizeiämtern, Krankenkassenräumen und anderen geeigneten behördlichen Instituten Plakate mit dem Hinweis auf die Hauspflege angebracht. Sie kommen in allererster Linie in Frage für Schwangeren- und Mütterberatungsstellen sowie für Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen.

Als letztes hat die Hauptgeschäftsstelle die Besorgung von Hilfsmitteln auf Anforderung der Bezirke zu übernehmen, so von Wäsche für Wöchnerinnen und Säuglinge oder von Zusatznahrung für Kranke. In Leipzig ist eine besondere Milchkasse eingerichtet, in Köln eine Wäschezentrale.

Die Hauptgeschäftsstelle besteht aus einer Anzahl ehrenamtlich tätiger Vorstandsdamen. Als Zeichen der Fühlungnahme und Unterstützung sind vielfach in den Vorstand Vertreter der öffentlichen Fürsorge hineingewählt. Sie vertreten teils die wirtschaftliche, teils die gesundheitliche Fürsorge.

Es wäre wünschenswert, wenn der gemeindlichen Gesundheitsverwaltung hierbei gebührender Einfluß eingeräumt würde.

Im Verwaltungsrat des Düsseldorfer Vereins haben je ein Vertreter des städtischen Wohlfahrtsamtes, der Krankenkasse und der Landesversicherungsanstalt Sitz und Stimme. In Elberfeld sind die städtischen Behörden durch den Dezernenten für Wohlfahrtspflege und zwei vom Stadtverordnetenkollegium bestimmte Stadtverordnete vertreten. In Köln ist je ein Vertreter des städtischen Wohlfahrtsamtes und Gesundheitsamtes im Vorstand, in Aachen der Bürgermeister und der Direktor der allgemeinen Ortskrankenkasse, in Magdeburg der Direktor der städtischen Frauenklinik Magdeburg-Sudenburg, der Direktor und die Referentin des städtischen Wohlfahrtsamtes, in Dresden ist der Direktor des städtischen Fürsorgeamtes gleichzeitig stellvertretender Vorsitzender.

Die Belastung mit Verwaltungsarbeit ist besonders in Städten mit gut ausgebauter Hauspflege nicht unerheblich; sie geht dort, wo die Vereine Träger sind, häufig weit über die Kraft und Zeit ehrenamtlich tätiger Frauen hinaus. Deswegen sind meist noch bezahlte Kräfte auf der Hauptgeschäftsstelle tätig. Dazu genügen im allgemeinen auch bei den größten Vereinen 2 Angestellte. Sie erhalten

für die halbtägige Beschäftigung eine monatliche Entschädigung von 50 Mark (Barmen, Dresden, Leipzig). Bei geringerem Arbeitsumfange sind solche Sekretärinnen zu gleicher Zeit in der praktischen Arbeit tätig (Königsberg i. Pr.). Die gebotene Entschädigung ist naturgemäß nicht hoch. Eine Bezahlungsform, die sich an die Sätze der Reichsbesoldungsordnung anlehnt, ist in Elberfeld erreicht, wo 2 Geschäftsführerinnen mit je halbtägiger Beschäftigung zusammen das Gehalt einer Fürsorgerin nach Gruppe VI beziehen, das die Stadt als Beihilfe übernimmt.

Es liegt in der Entwicklung, daß nach dem Vorgange einzelner Städte allmählich überall die gesamte Verwaltungsarbeit im Rahmen der behördlichen Einrichtung erledigt wird, so wie es in Frankfurt a. M., Gotha, Magdeburg, Offenbach, Solingen bereits geschieht. Zumindest aber muß die Notwendigkeit der Hauspflege dadurch anerkannt werden, daß für die Verwaltung und als Meldestellen geeignete Räume, am besten im Wohlfahrts- oder Gesundheitsamte, unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden, wie das in Aachen, Barmen, Düsseldorf, Köln und Leipzig erfolgt ist.

Die praktische Arbeit ist dezentralisiert.

Sehr häufig werden im Interesse der Übersichtlichkeit, ähnlich wie in der öffentlichen Wohlfahrtspflege, kleinere Bezirke in der Stadt gebildet, an deren Spitze „*Bezirksleiterinnen*" stehen. Diese übernehmen dann die Anmeldung für Hauspflegefälle. Die Meldestellen liegen oft in den Privatwohnungen dieser Damen, notwendig ist es aber, daß auch in Räumen der öffentlichen Fürsorge Meldungen entgegengenommen werden können. Die Bezirksleiterinnen machen die Ermittelung über die Notwendigkeit der Hauspflege in den Familien in allen denjenigen Fällen, in denen sich die Antragsteller nicht verpflichten können oder wollen, die vollen Kosten zu übernehmen. Die Prüfung erstreckt sich auf die wirtschaftlichen und häuslichen Verhältnisse. Möglichst genaue Angaben über die Familienverhältnisse, die Größe der Wohnung, den Verdienst des Ehemannes und der erwachsenen Kinder, die Zahl der unmündigen Kinder sind unbedingt notwendig, um das Ziel zu erreichen, leistungsfähige Familien zur ausreichenden Beteiligung an den Kosten der Hauspflege heranzuziehen, Eingreifen in verlorenen Fällen zu vermeiden, der Wohlfahrtsjägerei zu steuern und in Zeiten stärkerer Nachfrage die dringendsten Anträge zuerst zu erledigen. Religiöse und politische Gesichtspunkte, Rücksichtnahmen auf Protektionen müssen ausgeschlossen bleiben.

Vom Ergebnis der Untersuchung hängt die Entscheidung über die Gewährung der Hauspflege, die Festsetzung ihrer Dauer, die Feststellung der Zuzahlungen, die von den Familien zu leisten sind, ab; gleichzeitig ziehen auch diese Bezirksleiterinnen die fälligen Beträge ein.

Wöchnerinnen erhalten im allgemeinen eine Hauspflegerin für durchschnittlich 10 Tage, im Erkrankungsfalle wird die Dauer der Hauspflege nicht begrenzt, solange genügend Kräfte zur Verfügung stehen. Jedoch ist es vielfach üblich, die Notwendigkeit einer Verlängerung über 4—6 Wochen hinaus ärztlich bescheinigen zu lassen, wenn nicht von vornherein, wie etwa bei dem Heilstättenaufenthalt der Hausfrau, mit einer bestimmten Zeit gerechnet werden kann.

Die zweite Aufgabe der Bezirksleiterinnen ist es, die ihnen unterstellten Pflegefrauen nach der Eigenart des einzelnen Falles, insbesondere den Anforderungen, die an die körperliche Leistungsfähigkeit der Pflegerinnen gestellt werden, und nach der besten Verbindungsmöglichkeit zur Wohnung der Pflegerin auf die Arbeitsstätten zu verteilen, die Tätigkeit zu beaufsichtigen und darüber regelmäßig zu berichten. Durch gelegentliche Besuche in der Familie unterrichten sich die Bezirksleiterinnen über den Stand der Arbeit und haben unauffällig Ge-

legenheit, nach der Eignung und Bewährung der Pflegerin zu sehen. Mehr als einmal in der Woche wird selten ein Besuch nötig sein.

Auf Grund der Einblicke, die die Bezirksleiterinnen bekommen, werden sie dann häufig Gelegenheit haben, andere Fürsorgemaßnahmen einzuleiten oder zu vermitteln, so für die Ernährung der Schwangeren und für Belieferung mit Wäsche zu sorgen, besonders krasse Mißstände in der Wohnung den Gesundheitsämtern zu melden, um mit ihrer Hilfe bevorzugte Erledigung beim Erlangen einer geeigneteren Wohnung zu versuchen.

Drittens werden die Bezirksleiterinnen mit dem Arzte in Verbindung treten, um gegebenenfalls Abbruch oder Verlängerung der Pflege bestimmen zu lassen. In jedem Falle von Hauspflege, bei dem die Kosten nicht von der Familie übernommen werden, ein ärztliches Attest einzufordern, würde unnötige Ausgaben verursachen. Die ärztliche Bescheinigung ist unnötig beim normalen Verlaufe des Wochenbettes. Bei Erkrankung im Wochenbett wird sie leicht zu erlangen sein, da nach den Dienstanweisungen für die Hebammen wohl immer ärztliche Behandlung stattfindet und bei dieser Gelegenheit der Arzt entscheiden kann, ob er neben der Wochenpflege noch weiter die Fürsorge für den Haushalt für erforderlich hält.

Wünschenswert ist eine ärztliche Äußerung bei denjenigen Fällen, die von gemeindlichen Fürsorgestellen und Behörden, von Krankenhäusern und Krankenkassen überwiesen werden, um besonders bei Erkrankungsfällen Übertragungen ansteckender Krankheiten zu verhüten und bei chronischen Erkrankungen einmal die Ausbeutung der Hauspflegeeinrichtung zu vermeiden, dann aber auch ungenügende Hilfe für den Fürsorgebedürftigen zu verhindern. In Köln wird für alle Krankheitsfälle eine ärztliche Bescheinigung verlangt. Bei den chronischen Erkrankungen wird das Attest, abgesehen von der Frage der Ansteckungsfähigkeit, berücksichtigen müssen, ob die durch den augenblicklichen Zustand bedingte Einbuße an körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit und die Gewöhnung an den Schaden derart ist, daß sie unter Berücksichtigung der Lebenshaltung in der Umgebung des Kranken Hauspflege bereits angezeigt sein läßt oder noch rechtfertigt. Diese Entscheidung kommt in erster Linie dann in Frage, wenn chronisch Kranke sich in einem Krankenhause befinden und als entlassungsfähig bezeichnet werden müssen. Zur Zeit können sich die Krankenhausärzte mit dem Gedanken, einen chronisch Kranken oder Altersgebrechlichen wieder in die Wohnung zurückzuschicken, mit Recht wenig befreunden, weil diese Fürsorgebedürftigen außerhalb der Anstalt aus eigenen Kräften keinen Haushalt aufrecht erhalten können, während sie häufig weder eine besondere ärztliche noch pflegerische Betreuung gebrauchen. Durch zweckmäßige Organisation der Hauspflege läßt sich die übergroße Belastung hochwertiger Anstalten mit Insassen, die die gesamte Apparatur nicht gebrauchen, oft vermeiden. Die Krankenhausärzte müssen die Anschriften der Bezirksleiterinnen kennen und dorthin geeignete Fälle melden. Wo soziale Krankenhausfürsorgerinnen vorhanden sind, können sie diese Aufgaben übernehmen und entweder selbst die notwendigen Aufschlüsse über die wirtschaftlichen und häuslichen Verhältnisse gewinnen, um dem Krankenhausarzt die Unterlagen für seine Entscheidung zu liefern, oder aber derartige Ermittlungen vermitteln und dann die geeigneten Fälle in die weitere Fürsorge des Trägers der Hauspflege zu überweisen.

Die Bezirksleiterin ist also *Mittelsperson zwischen Hauptgeschäftsstelle* und *Pflegerin* sowie zwischen *Hauptgeschäftsstelle, Pflegling und Arzt.* Auch hier entsteht die Frage, ob derartige Aufgaben auf die Dauer von ehrenamtlichen Personen durchgeführt werden können, deren Urteil vielfach mangels einer genügenden Übersicht über die Gesamtheit aller fürsorgebedürftigen Fälle getrübt sein

kann, und deren Kenntnisse und Beanspruchung bei der umfangreichen Entwicklung der gesamten Wohlfahrtspflege recht erhebliche sein müssen. In Aachen ist der Ausweg eingeschlagen, die Nachprüfung von der Fürsorgerin der Allgemeinen Ortskrankenkasse in sämtlichen Fällen durchzuführen. In Flensburg und in Dresden übernehmen diese Arbeit die städtischen Fürsorgerinnen. Die sachdienlichste Lösung ist es, die Ermittlungsaufgaben in diejenige Hand zu legen, die den besten Überblick über das Gesamtgebiet der wirtschaftlichen, erzieherischen und gesundheitlichen Fürsorge hat, in die Hand der Bezirksfürsorge. Zweckmäßig beteiligen sich die Träger der Reichsversicherung an der Finanzierung derartiger Kräfte. Dagegen bliebe dann den Bezirksleiterinnen der Hauspflege die eigentliche Aufsichtstätigkeit und Erledigung der internen Arbeiten. Dort, wo die Bezirksleiterinnen weitergehend beschäftigt sind, haben sie ebenso wie die Mitglieder der Wohlfahrtskommission Anspruch auf Aufwandsentschädigung aus öffentlichen Mitteln, gilt doch ihre Tätigkeit überwiegend den Interessen der öffentlichen Wohlfahrtspflege.

Die *Pflegefrauen* haben alle diejenigen Arbeiten zu verrichten, die man im allgemeinen einer *Hausfrau und Mutter* zumuten kann. Ihre Tätigkeit gilt also in erster Linie der *Wirtschaftsführung* und der Sorge um solche Haushaltsangehörige, die durch den Ausfall der Hausfrau besonders gefährdet sind. Im wesentlichen erstreckt sie sich auf die Reinigung der Zimmer, Vorbereitung und Herrichtung der Mahlzeiten, Erledigung notwendiger Gänge, Sorge für Reinlichkeit und ordentliches Leben der Kinder. Am Krankenbett sollen die Pflegefrauen so wenig wie möglich arbeiten und sich auf diejenigen Verrichtungen beschränken, die, wie Waschen und Betten, auch eine Hausfrau erledigen würde.

Dementsprechend werden als Vorkenntnisse nur solche verlangt, die für hauswirtschaftliche Tätigkeit unentbehrlich sind. Die Pflegefrau muß den Nachweis erbringen, daß sie selbst einen Haushalt längere Zeit geführt hat und über ein Mindestmaß von Kenntnissen im Kochen und Hausarbeiten verfügt. Denn ihre Arbeit ist dadurch so verantwortungsvoll, daß sie mit den knappen Mitteln des Arbeiterhaushaltes, in den sie kommt, rechnen muß und jede Vergeudung von Zeit und Geld zu vermeiden hat, um vor unangenehmen Zwischenfällen und peinlichen Nachspielen nach Ablauf ihrer Pflegetätigkeit geschützt zu sein.

Die Schwierigkeiten, die die Beseitigung unzureichender Vorbildung durch den Besuch langfristiger Kurse macht und unter Umständen zu einem Mangel an geeignetem Personal führt, haben in Charlottenburg Anlaß zu einer besonderen Einrichtung gegeben. Dort war im Jahre 1906 eine Vorernährung für Schwangere eingerichtet. Werdende Mütter erhielten in den letzten Wochen vor der Niederkunft täglich ein kräftiges Essen in der Küche des Vereins, wenn ein Zeugnis der Hebamme über den Zeitpunkt der Schwangerschaft und eine Bescheinigung der Säuglingsfürsorgestelle über Stillfähigkeit vorgelegt wurde. Im Anschluß an diese Küche wurden seit 1908 wöchentliche Ausbildungskurse im Kochen und Hausarbeiten abgehalten, zu deren Besuch jede neu eintretende Pflegefrau verpflichtet war, wenn sie nicht ihre Eignung durch mehrtägige praktische Tätigkeit in der Küche beweisen konnte. Ein von Hedwig Heyl herausgegebener kleiner Leitfaden unterstützte die Ausbildung durch theoretische Beispiele von Küchenzetteln für die einzelnen Jahreszeiten, Vorschriften für die Speisenbereitung, Anleitung für die Wirtschaftsführung und eine knappe, kurze Zusammenstellung der wichtigsten Wohlfahrtseinrichtungen. Leider mußten diese Kurse, die sich sehr bewährt hatten, 1920, als die Küche einging, eingestellt werden.

Die Frage, in welcher Form die Vorbereitung zur Haushaltungsführung für Hauspflegerinnen vor sich gehen könnte, ist gelegentlich des Planes, in das Arbeitsgebiet des Deutschen Roten Kreuzes neben der Ausbildung für den Schwesternberuf auch die Schulung von Hauspflegerinnen aufzunehmen, von Lauter erörtert worden. Sie stellte als Lehrplan auf: 1. Instandhaltung des Hauswesens; 2. Anleitung zu Näharbeiten; 3. Behandlung der Wäsche; 4. Nahrungsmittel- und Kochlehre; 5. Rechnungswesen; 6. Teilnahme an einigen hygienischen Vorlesungen.

Derartige Ausbildungen dienen somit auch der Erziehung der Bevölkerung zur erhöhten Wertschätzung der Hausarbeit, ohne daß damit verkannt werden soll, daß sie nur Stückwerk

bleiben können. Wesentlich weiter geht die Einführung des hauswirtschaftlichen Volljahres, die in Bremen seit 1920 erfolgt ist.

Unbedingt notwendig ist es, bei derartigen Kursen auch die Grundlagen der häuslichen Hygiene, der Lehre vom gesunden Körper und der Säuglings- und Kinderpflege anzuschließen. Trotz der Schwierigkeiten, die sich einer derartigen hygienischen Unterweisung der Pflegefrauen entgegenstellen, hat man doch vielfach versucht, auch dieses Gebiet zu fördern. So werden die Pflegefrauen in einer Reihe von Städten (Aachen, Augsburg, Charlottenburg, Düsseldorf, Frankfurt a. M., Köln, Königsberg, Leipzig) in kurzfristigen Kursen von etwa 6—8 Vorträgen in wöchentlichen Abständen und gelegentlichen abendlichen Vorträgen weitergebildet; der Besuch der Veranstaltung ist stellenweise sogar Pflicht. Darüber hinaus wurden in Charlottenburg den Pflegefrauen durch Ärzte und Schwestern des Krankenhauses die wichtigsten Handgriffe beim Lagern und Waschen eines Kranken gezeigt.

Die geschilderte Art der Tätigkeit eignet sich vornehmlich für ältere kinderlose Frauen, für Witwen und Mütter erwachsener Kinder, die durch eigene Arbeit wenig in Anspruch genommen und auf Nebenerwerb angewiesen sind. In den meisten Städten stehen sie im Alter zwischen 30 und 60. Eine Altersgrenze wird nicht gesetzt, jedoch sollten im allgemeinen Personen über 65 Jahre nur bei ganz besonderer Rüstigkeit und nur für Stunden beschäftigt werden. Die Pflegefrauen entstammen dem Arbeiterstande, neuerdings finden sich auch immer mehr unter ihnen Angehörige des verarmten Mittelstandes. Nicht selten sind frühere Hausangestellte unter ihnen.

Die Hauspflege, die in recht vielen Fällen an die Arbeitskraft doch weit geringere Ansprüche als berufliche Volltätigkeit stellt und die Möglichkeit zwangloser Einteilung der Arbeit sowie ihrer Begrenzung nach der körperlichen Leistungsfähigkeit gibt, eignet sich ganz *besonders für Mindererwerbsfähige*, deren Unterbringung im Erwerbsleben heute auf die größten Schwierigkeiten stößt. Das Problem der Arbeitsfürsorge für die „halben" und „Viertelkräfte" läßt sich bei einer Anzahl von Personen durch Verwendung in der Hauspflege der Lösung näherbringen. So finden sich unter dem Stammpersonal der Vereine nicht wenige Sozialrentnerinnen, dagegen ist es auffallend, daß sich die Kleinrentnerinnen meist als ungeeignet zu derartigen Arbeiten erwiesen haben.

In dem Bestreben, die Fürsorge für diese Bevölkerungsgruppen auf dem Wege der Arbeitsbeschaffung produktiver zu gestalten, hat der Gesetzgeber eine Reihe von Bestimmungen getroffen, die auf die Hauspflege Anwendung finden können. Die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 geht davon aus, daß die Unterstützung Arbeitsfähiger in geeigneten Fällen durch Anweisung angemessener Arbeit gemeinnütziger Art gewährt werden kann, und die Reichsgrundsätze von 4. XII. 1924 verlangen, daß jeder Hilfsbedürftige, auch der nicht voll Arbeitsfähige, seine Arbeitskraft zur Beschaffung des notwendigen Lebensbedarfes einsetzen muß, machen allerdings dabei die Einschränkung, daß bei Kleinrentnern, Sozialrentnern und ihnen Gleichstehenden auf die früheren Lebensverhältnisse Rücksicht genommen wird.

Es ist lediglich eine Sache guter Organisation der Fürsorge, jeden Einzelfall dahin zu prüfen, ob er nicht für hauswirtschaftliche Tätigkeit in Frage kommt.

Die Voraussetzung ist, daß freie und öffentliche Fürsorge aufs engste zusammenarbeiten. So müssen die Bezirksfürsorgestellen, vor allem auch etwa vorhandene Kleinrentner- und Sozialrentnerfürsorgestellen, die Möglichkeit einer derartigen Arbeitsvermittlung kennen und versuchen, die geeigneten Personen den Trägern der Hauspflege zu überweisen. Ist keine Sonderorganisation am Ort, so ist es Sache der öffentlichen Wohlfahrtspflege, von sich aus diesen Zweig der Fürsorge aufzubauen. Das geschieht bisher nur vereinzelt. In Altona bestellen im Bedarfsfalle die Amtsfürsorgerinnen aus hilfsbedürftigen Frauen ihres Bezirks Hauspflegerinnen, die für ihre Arbeitsleistung vom Wohlfahrtsamt bezahlt und dadurch unterstützt werden. Vor allem muß dafür gesorgt werden, daß diese

Hilfsbedürftigen in solchen Haushalten beschäftigt werden, die ihrer eigenen sozialen Lage entsprechen und die gleichen Lebensgewohnheiten haben. Viele Familien haben ein verständliches Mißtrauen dagegen, daß fremde Personen in ihren Familien leben. Die Abneigung ist ebenso groß in ärmlichen Haushalten, in denen die Hausfrau die Trostlosigkeit ihrer Lage ungern fremden Blicken preisgibt, wie in gut erhaltenen Verhältnissen, wo die Furcht vor Unehrlichkeit stark mitspricht. Diese berechtigten Gefühle lassen sich nur durch geschickte und strenge Auswahl der Pflegefrauen überwinden und verlangen, daß der Verein durch seinen Namen die Bürgschaft für Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit seines Personals übernimmt und in der Bevölkerung auf Grund seiner Tätigkeit das nötige Vertrauen genießt. Nichts ist daher wichtiger, als in vorsichtigster Weise die Pflegefrauen auszuwählen, und alles kommt darauf an, einen Stamm bekannter und bewährter Kräfte zu behalten. Zu diesem ständigen Personal treten im Bedarfsfalle Aushilfen, die aus der Nachbarschaft entnommen werden. Die Zahl der in dieser Weise beschäftigten Pflegefrauen ist nicht unbeträchtlich. In den Jahren 1913 bzw. 1925 waren durchschnittlich tätig: In Alt-Berlin 128 bzw. 350, in Dresden 30 bzw. 35, in Düsseldorf 12 bzw. 40, in Köln 0 bzw. 40, in Leipzig 103 bzw. 56 Pflegefrauen.

Die *Arbeitszeit* richtet sich nach der Eigenart des Pflegefalles und der Leistungsfähigkeit der Pflegefrau. In manchen Haushalten genügt die tägliche Anwesenheit von einigen Stunden, so zur Zeit der Mahlzeiten, in anderen sind Hilfen den halben oder den ganzen Tag benötigt. Da es sich in den beiden letzteren Fällen mehr um Dienstbereitschaft als um Arbeitsleistung während der ganzen Zeitdauer handelt, und der Zeitpunkt der Dienstverrichtung vom Kranken abhängt, so wird die Innehaltung eines 8-Stunden-Arbeitstages nicht in Frage kommen. Bei ganztägigen Pflegen wird allgemein mit 10stündiger Arbeitsbereitschaft, bei halben Tagen entsprechend mit 5 Stunden und angemessenen Pausen für die Einnahme von Mahlzeiten gerechnet. Die Übernahme von Nachtdienst liegt zunächst nicht im Sinne des Arbeitsgebietes der Hauspflege. Wenn gleichwohl hierfür Hauspflegevereine stark begehrt werden, so handelt es sich meist um Fälle, in denen die Anwesenheit einer Person notwendig ist, jedoch eine Krankenschwester nicht gebraucht wird. So sind einzelne Vereine dazu übergegangen, in Ausnahmefällen auch für Nachtpflegen Personal abzugeben. Vielfach werden Pflegefrauen lediglich zur Hilfe an Waschtagen verlangt. Diese Aufgabe ist besonders bei Wöchnerinnen wichtig und sollte möglichst während der ersten Wochen nach der Entbindung zur Schonung der Wöchnerin regelmäßig übernommen werden.

Die Pflegefrauen erhalten über *Art* und *Umfang ihrer Pflichten* gedruckte Vorschriften, die sie durch Unterschrift anerkennen müssen. Die Pflegefrau hat nur dann ihre Aufgaben restlos erfüllt, wenn sie nicht nur die dringlichsten laufenden Arbeiten erledigt, sondern auch etwas für die Zukunft vorgesorgt hat, so daß am Schluß der Pflege der Haushalt in ordentlichem Zustand und vor allem mit genügendem Bestande an gereinigter Wäsche zurückgelassen wird. Nach Abschluß der Pflege wird von den Familien ein kurzgefaßtes, schriftliches Urteil darüber eingeholt, ob die Pflegefrau den Verpflichtungen nachgekommen ist. Zur Vermeidung ungerechtfertigter Anforderungen müssen die Vorschriften für die Pflegefrauen auch den Familien, die eine Hauspflege beanspruchen, bekanntgegeben werden. Das in Düsseldorf gültige Schema lautet:

Pflichten der Hauspflegerin und der Verpflegten.
Zu leistende Arbeit.

1. Die vom Hauspflegeverein entsandte Pflegerin verrichtet alle unter gewöhnlichen Umständen der Hausfrau zukommenden Arbeiten, wie Reinhalten der Wohnung, Kochen der Mahlzeiten, Besorgen der Wäsche, Sorge für die Reinlichkeit der Kinder, insbesondere

Überwachung des Anzuges vor den Schulgängen, Sorge für die Kranke, soweit dies keine Sachkunde erfordert. Wasser-, Holz- und Kohlentragen bleibt im allgemeinen Sache des Mannes. Die Waschungen der Wöchnerinnen, etwaige heilgehilfliche Handleistungen bleiben Sache der beruflichen Pflegerin (Krankenschwestern, Hebammen).

Arbeitszeit.

2. Der Arbeitstag der Hauspflegerin beginnt je nach Vereinbarung um 7 oder 8 Uhr pünktlich; er umfaßt in der Regel 10 Stunden, der halbe Tag 5 Stunden, einschließlich einer angemessenen Pause für die Mahlzeiten.

3. Sie schläft in der Regel in ihrer eigenen Wohnung; sie darf ohne Einverständnis der Aufsichtsführenden bzw. der Geschäftsstelle das Haus der Verpflegten nicht eher verlassen, als der Mann von seiner Arbeit nach Hause zurückgekehrt sein kann.

4. Sonntags wird in der Regel keine Pflegerin gestellt; in besonders dringenden Fällen ist mit der Aufsichtsführenden bzw. der Geschäftsstelle Rücksprache zu nehmen.

Verschiedenes.

5. Die Pflegerin darf sich nicht durch eine andere Frau in ihrer Arbeit vertreten lassen.

6. Die Pflegerin und die Verpflegten haben beiderseits die Verpflichtung, höflich und freundlich gegeneinander zu sein. Ebenso wie die Hauspflegerin in ihrer Arbeitszeit gewissenhaft ihre Pflichten erfüllen soll, darf ihr von seiten der Verpflegten keine außerhalb der Pflichten liegende Betätigung oder Überstundenarbeit zugemutet werden.

7. Etwaige Beschwerden über die Pflegerin sind der Aufsichtsführenden bzw. der Geschäftsstelle zu melden.

Zwei nachahmenswerte Bestimmungen des Vereins für Wochen- und Hauspflege in Freiburg i. Br. seien noch besonders angeführt:

Bei Ausbruch von ansteckenden Krankheiten in den verpflegten Familien hat die Pflegerin sofort der Aufsichtsdame Anzeige zu machen. Ebenso muß sie den Ausbruch einer ansteckenden Krankheit in der eigenen Familie *sofort* melden.

Sie (die Pflegerin) hat über die Verhältnisse der Familie Fremden gegenüber Stillschweigen zu beobachten. Schwätzereien können mit sofortiger Entlassung bestraft werden.

Die Pflegefrauen suchen die Familien nur für die vereinbarte Zeit auf, sind im übrigen auf ihre eigene Wohnung angewiesen. Verpflegung sollen sie möglichst in den Familien erhalten, in denen sie gerade tätig sind, sei es, daß sie zubereitete Speisen mitbringen und aufwärmen, sei es, daß sie am Tisch der Familie teilnehmen. Das letztere Verfahren gibt einen Ansporn zur sorgfältigen Arbeit, ganz abgesehen von der Ersparnis an Zeit, wenn der Weg in die eigene Wohnung und die Führung zweier Haushalte vermieden wird. In besonders ärmlichen Verhältnissen können sich allerdings Schwierigkeiten ergeben, wenn noch eine Person mit ernährt werden soll. Dann erhalten die Pflegefrauen zu ihrem Lohn vom Verein noch ein Kostgeld. In allen leistungsfähigen Familien wird die Beköstigung der Pflegefrau vom Verein gefordert oder von der Familie eine entsprechende Ablösung verlangt werden müssen. Dagegen wird der Pflegefrau kein Anspruch auf Beköstigung zugebilligt.

Die *Entlohnung* der Pflegefrau erfolgt durch den Träger der Hauspflege auf Grund der Lohnlisten, die die Bezirksleiterinnen führen, entweder allwöchentlich oder nach Abschluß der Pflege. Da das Personal nicht immer in festem Arbeitsverhältnis steht, sondern von Fall zu Fall herangezogen wird, werden häufig nur die tatsächlich geleisteten Arbeitstage bezahlt und zwar entweder nach Stundenleistungen oder im Pausch für den ganzen bzw. halben Tag. Ende Dezember 1924 betrugen die Stundenlöhne durchschnittlich 30—40 Pfennige und blieben unter diesem Satze, wenn die volle Beköstigung von der Familie mit übernommen wurde.

Die Entschädigung für den ganzen Tag betrug je nach der Teuerungsklasse zwischen 1,50 Mark und 2,50 Mark, wozu noch in einzelnen Städten ein 10proz. Zuschlag für die Betriebskosten erhoben wurde.

Lange Zeit war es nur schwer möglich, die genügende Zahl geeigneter Kräfte zu verpflichten, da eine angemessene Entlohnung der Pflegefrauen ihre Grenze in den beschränkten Mitteln, die für die Hauspflege ausgeworfen wurden, fanden.

Die Abneigung gegen die Übernahme von Hausarbeit, die eine Zeitlang durch die hohe Bezahlung in der industriellen Arbeit genährt wurde, ist jetzt geschwunden, nachdem sich die Erwerbsmöglichkeiten für Frauen wesentlich verschlechtert haben und die Sätze, die für die Hauspflege gezahlt werden, den tariflich festgesetzten Beträgen für ungelernte Arbeiterinnen angenähert sind. Berücksichtigt man Vorbildung und Leistungsfähigkeit des Personals sowie die Art der geforderten Arbeit, so sollten Pflegefrauen jedenfalls nicht schlechter entlohnt werden, als der ortsübliche Satz für Aufwärterinnen beträgt.

Die *Versicherung* des Personals gegen Krankheit und Invalidität erfolgt nach den gesetzlichen Vorschriften. Darüber hinaus ist gelegentlich vom Verein auch eine Haftpflichtversicherung für die Pflegefrauen abgeschlossen worden. Das geschilderte System hat zur Folge, daß die Sicherung des Lohnes und der Schutz der Arbeitskraft nicht vollkommen erzielt wird. Eine Reihe von Trägern der Hauspflege sind daher dazu übergegangen, eine begrenzte Zahl von Hauspflegerinnen fest anzustellen, so Augsburg, Düsseldorf, Elberfeld, Gotha, Köln, ein Vorgehen, das auch bei vorübergehender Nichtbeschäftigung Verlust an Einkommen verhindert. Ferner sind auch mehrfach von den Trägern der Hauspflege besondere Mittel zur Bestreitung solcher Leistungen vorgesehen worden, die zunächst weder von der Sozialversicherung noch von der öffentlichen Wohlfahrtspflege übernommen werden. Charlottenburg, Dresden, Frankfurt a. M. und Leipzig hatten besondere Unterstützungskassen eingerichtet, an die ein Teilbetrag der Gesamteinnahmen abgeführt wurde. Aus diesem Fonds zahlte der Frankfurter Verein im Jahre 1913 eine Reihe von Geldunterstützungen aus und bestritt für 8 Pflegerinnen einen mehrwöchentlichen Erholungsaufenthalt.

Bindende Vorschriften über *Arbeitskleidung* lassen sich noch nicht geben. Zu verlangen ist, daß nach Möglichkeit Waschkleider getragen werden. In Leipzig erhielten die Hauspflegerinnen jährlich ein Waschkleid, in Königsberg große Schürzen, Handtücher und Nagelbürsten unentgeltlich geliefert. In Offenbach, wo die Hauspflege von der Stadt ausgeübt wird, werden den Hauspflegerinnen auch heute Waschkleider, Schürzen, Lysoform und Handbürsten ausgehändigt.

Die Kennzeichnung des Personals durch eine Armbinde mit der Aufschrift „Hauspflege", die an sich erwünscht wäre, wird anscheinend aus einer gewissen Abneigung gegen Uniformierung meist abgelehnt. Als Anerkennung für längere Dienstleistungen wurden in den einzelnen Städten dem Personal Ehrenzeichen in Gestalt einer Brosche gegeben. Auch für den inneren Zusammenhalt und die Förderung des gegenseitigen Verständnisses aller sozial arbeitenden Personen ist in einzelnen Städten durch Veranstaltung gemeinsamer Unterhaltungsabende gesorgt worden.

Abweichungen von der geschilderten Form der Organisationen sind in drei Beziehungen vorhanden. In kleineren, übersichtlicheren Verhältnissen erübrigt sich die Bezirksbildung und das besondere Aufsichtspersonal, die notwendigen Arbeiten werden von den Mitgliedern oder Angestellten der Hauptgeschäftsstelle mit erledigt, so in Elberfeld und Fürth i. B. Zweitens befinden sich mehrfach unter den Angestellten auch einige Krankenpflegepersonen. Wenngleich bei strenger Befolgung der Arbeitsrichtung Krankenpflege im Hause nicht in das Arbeitsgebiet der Hauspflege hineingehört, so wird es trotzdem Erkrankungsfälle geben, in denen sowohl die wirtschaftliche Fürsorge für den Haushalt, wie die persönliche Pflege des Kranken zweckmäßiger in eine einzige Hand gelegt und von einer einzigen Organisation geleistet werden, um das längere Verweilen mehrerer Personen in einer Familie zu vermeiden. Die Möglichkeit, über einige

Schwestern zu verfügen, gestattet, auch aushilfsweise einmal bei schwerer Kranken Personal einsetzen zu können, bis die berufsmäßige Krankenpflege ihren Dienst antritt, und erlaubt außerdem, das übrige Personal besser zu schulen. Sie hat den Nachteil, daß hochwertige Kräfte nicht unerheblich mit Arbeiten belastet werden, die nicht unbedingt nur von ihnen ausgeführt werden können, verwischt also die Aufgaben der Hauspflege etwas und kann auch das sonstige, nicht vorgebildete Personal verführen, Handgriffe nachzumachen, die sie abgesehen haben. Endlich wird naturgemäß durch derartiges Personal die Hauspflege verteuert; die Schwestern, die in Barmen, Düsseldorf, Elberfeld tätig sind, erhalten ihrer Vorbildung entsprechend eine weit höhere, manchmal die doppelte Entschädigung des übrigen Personals. Die dritte Abweichung bezieht sich auf die Organisation der Verwaltung. In einigen Städten haben die Wohlfahrtsämter in besonderen Abteilungen die verwaltungsmäßigen Aufgaben der Hauspflege übernommen und auch die praktische Durchführung in die Organisation der öffentlichen Fürsorge eingegliedert, die Pflegefrauen werden dann von der Stadt unterhalten. Es liegt nahe, in derartigen Fällen Ermittelung und Aufsicht den Bezirksfürsorgerinnen der Gemeinde zu übertragen, wie es in Solingen geschehen ist.

Neben Vereinen und Gemeinden haben einige *Großbetriebe als Träger und* gleichzeitig *als durchführende Stellen* die Hauspflege in das Gebiet ihrer Wohlfahrtspflege aufgenommen und in mustergültiger Weise gefördert. Nirgends kann ja der wirtschaftliche Nutzen fürsorgerischer Maßnahmen besser verfolgt werden als in der Betriebswohlfahrtspflege, die die geschlossene Einheit der Arbeitnehmerschaft umfaßt. Der Vorwurf, große Summen nutzlos zu opfern, wird sehr leicht widerlegt durch den Nachweis besserer Gesundheit, gesteigerter Leistungsfähigkeit und größerer Seßhaftigkeit des Arbeitnehmers. Es ist vielleicht eines der besten Zeichen für die Lebensfähigkeit der Hauspflege, daß sie in Großbetrieben unter den vielfachen Wohlfahrtseinrichtungen ihren Platz behauptet hat. Als Beispiele seien die folgenden angeführt:

Die *Friedrich Krupp A.-G.* in Essen hat seit dem Jahre 1909 die Einrichtung der Hauspflege für die Werksangehörigen. Die Pflegerinnen werden von der Gesellschaft kostenfrei oder gegen teilweise Erstattung der Aufwendungen bei Entbindung, Krankenbett, Anstaltsbehandlung usw. der Ehefrauen zur Verfügung gestellt. Im Jahre 1913 waren 39 Pflegerinnen angestellt, ihre Zahl sank infolge der Verringerung der Belegschaft Ende 1923 auf 15. Die Pflegerin wird nach folgenden Grundsätzen gestellt:

Häusliche Krankenpflege für die Kruppschen Werksangehörigen.
Grundsätze für die Gestellung einer Pflegerin.

1. Anträge auf Gestellung einer Pflegerin sind beim Bureau der Familienberatung, der Unterstützungsabteilung oder bei den Aufsichtsschwestern mündlich zu stellen.

Falls es sich um Krankenpflege handelt, ist ein ärztliches Attest über die Art und voraussichtliche Dauer der Krankheit vorzulegen. Bei Wochenpflege ist der Antrag möglichst 4 Wochen vor der zu erwartenden Niederkunft zu stellen.

2. Die Anträge werden den Aufsichtsschwestern übergeben. Dieselben haben sich in den Familien von der Notwendigkeit der Gestellung einer Pflegerin zu überzeugen und die Anträge zu begutachten.

3. Die endgültige Entscheidung über die Anträge trifft die Unterstützungsabteilung.

4. Eine Pflegerin kann im allgemeinen *nicht* gestellt werden, wenn:

a) erwachsene Töchter sich im Haushalte befinden oder im Orte wohnende Verwandte die Pflege übernehmen können;

b) mehrere Kost- oder Schlafgänger gehalten werden.

5. Bei ansteckenden Krankheiten wird die Zulässigkeit der Pflegerinnengestellung besonders geprüft.

6. Die Aufsichtsschwestern haben die zu pflegenden Familien möglichst oft zu besuchen und den Pflegedienst zu überwachen.

7. Eine Pflegerin wird gewährt:
bei Kranken- und Hauspflege auf die Dauer von 28 Tagen längstens;
bei Wöchnerinnen auf die Dauer von 9 Tagen.
Verlängerungen bedürfen besonderer Genehmigung der Unterstützungsabteilung.

8. Nach Möglichkeit ist darauf zu halten, daß der Familie eine Pflegerin der gleichen Konfession zugewiesen wird.

9. Falls sich nachträglich herausstellt, daß die Voraussetzungen für die Gewährung einer Pflegerin nicht vorliegen oder nicht mehr bestehen, hat die Pflegerin dies unverzüglich anzuzeigen.

Ihre Pflichten sind durch eine besondere Dienstvorschrift geregelt:

Häusliche Krankenpflege für die Kruppschen Werksangehörigen.
Dienstvorschrift für die Pflegerinnen.

1. Die Pflegerinnen unterstehen der Unterstützungsabteilung und den aufsichtsführenden Schwestern, deren Anordnungen sie Folge zu leisten haben.

2. Nach erhaltener Aufforderung haben sie den Pflegedienst in den bezeichneten Familien pünktlich zu beginnen.

Sie sind verpflichtet, wenn sie durch Krankheit oder andere Abhaltung nicht imstande sind, die Pflege zu übernehmen oder fortzusetzen, sofort schriftlich der Unterstützungsabteilung Anzeige zu machen.

Die Unterbrechung einer einmal begonnenen Pflege darf aber ohne dringenden Grund nicht erfolgen.

3. Die Aufnahme des Dienstes hat zu erfolgen in der Zeit vom 15. Februar bis 14. November um 7 Uhr, in der Zeit vom 15. November bis 14. Februar um $7^1/_2$ Uhr morgens.

4. Der Anzug der Pflegerinnen muß stets rein und leicht waschbar sein.

5. Die Pflege und Wartung der Kranken bzw. Wöchnerin ist — gegebenenfalls nach ärztlicher Anweisung — gewissenhaft, sorgsam und liebevoll auszuführen.

Bei den Besuchen der Ärzte muß die Pflegerin zugegen sein und sich die gegebenen Anordnungen genau merken.

6. Die schulpflichtigen Kinder sind in einem ordnungsmäßigen Zustande nach eingenommenem Frühstück rechtzeitig zur Schule zu senden, die kleineren Kinder zu waschen und anzukleiden.

7. Die Zimmer sind täglich zu reinigen und mehrmals zu lüften und die Betten täglich zu ordnen.

8. Die Wäsche der Familienglieder ist zu besorgen und dabei auf schonende Behandlung derselben zu halten.

9. Auf sparsame Wirtschaftsführung ist besonders Bedacht zu nehmen.

10. Die Herstellung der Speisen für die Kranke bzw. Wöchnerin sowie die für übrigen Familienglieder ist sorgfältig und rechtzeitig zu besorgen.

11. Die Pflegerin hat Anspruch auf Gewährung von Mittagessen in der Pflegefamilie, sofern die Verhältnisse der letzteren dies irgendwie zulassen. Falls Mittagessen nicht gewährt wird, kann bei länger andauernden Pflegen eine entsprechende Mittagspause zugelassen werden. Hierüber trifft in jedem Falle die Aufsichtsschwester nähere Anordnungen.

12. Die Pflegerin darf keine Verwandte (Kinder usw.) oder sonstige Personen in die Pflegefamilie mitbringen. Mit den Nachbarn der letzteren hat sie den Verkehr auf das Notwendigste zu beschränken.

13. Der Dienst endet um 7 Uhr abends, Sonntags entsprechend früher, sofern die Verhältnisse dies gestatten.

14. Die Pflegedauer währt längstens bei Wöchnerinnen 9 Tage, bei sonstigen Pflegen 28 Tage; Verlängerungen sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Unterstützungsabteilung zulässig.

15. Falls es sich nachträglich herausstellen sollte, daß die Familie Anverwandte am Ort wohnen hat, die die Pflege übernehmen können, so hat die Pflegerin hiervon der Pflegeschwester beim nächsten Kontrollgang entsprechende Mitteilung zu machen.

16. Die Pflegerin erhält eine Gebühr von 2 Mk. für den Pflegetag. Falls das Mittagessen in der Familie nicht eingenommen werden kann, wird eine Zulage von 50 Pfg. für den Tag gewährt. Der gesetzlich zu leistende Beitrag zur Invalidenversicherung wird von den Gebührnissen in Abzug gebracht. Die Annahme von Trinkgeldern und Geschenken irgendwelcher Art ist den Pflegerinnen untersagt. Zuwiderhandlungen haben den Ausschluß von der Weiterbeschäftigung zur Folge.

17. Falls eine Pflegerin die ihr aufgetragene Pflege nicht pünktlich oder überhaupt nicht übernimmt oder sonst ihren Pflichten nicht gewissenhaft nachkommt, wird sie zu ferneren Dienstleistungen nicht mehr herangezogen. — Auch im übrigen wird durch die einmal erfolgte Annahme als Pflegerin ein Anspruch auf dauernde Beschäftigung nicht begründet.

18. Abänderungen dieser Dienstvorschriften bleiben vorbehalten.
19. Die Pflegerin erkennt die vorstehenden Vorschriften als für sich verbindlich an und bescheinigt dies auf einem Exemplar derselben.

Die *Gute-Hoffnungshütte*, Aktienverein für Bergbau und Hüttenbetrieb, Oberhausen i. Rheinland, hat am 1. VI. 1909 für ihre Hütten- und Bergarbeiter eine „Wöchnerinnenpflege" geschaffen. Der Hüttenbezirk ist in zwei Unterbezirke eingeteilt, über die je eine Schwester die Aufsicht führt. Vor dem Kriege waren 50 Pflegerinnen, im Jahre 1925 22 Stammpflegerinnen bei etwa 30 000 Angestellten und Arbeitern vorhanden, die teils gegen Monatslohn fest angestellt waren, teils gegen Tagelohn von Fall zu Fall beschäftigt wurden. Ihre Arbeit beschränkte sich streng auf die Führung des Haushaltes bei Wöchnerinnen. In erster Linie wurden Witwen und Töchter der Arbeitnehmer der Hütte herangezogen. Die Dauer der Pflege war durchschnittlich auf 10 Tage festgesetzt, konnte aber auf ärztliche Anordnung verlängert werden. Für sämtliche Kosten kam der Arbeitgeber auf. Durchschnittlich wurden seit 1909 jährlich 818 Pflegen ausgeübt.

Die *Donnersmarckhütte*, Oberschlesische Eisen- und Kohlenwerke A.-G., hat 3 besondere Pflegerinnen angestellt, die bei Wöchnerinnen oder kranken Frauen Werksangehöriger kostenlose Pflege und Führung der Wirtschaft übernehmen und vornehmlich dafür zu sorgen haben, daß die Kinder in den Familien früh sauber und mit Frühstück versorgt in die Schule kommen, für die Familie kochen, Wäsche reinigen und Einkäufe erledigen müssen. Die Aufsicht führt der Krankenkassenarzt und eine Krankenschwester.

Die *Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Co.*, Leverkusen b. Köln a. Rh., haben in den Satzungen für das von ihnen unterhaltene Wöchnerinnenheim die Bestimmung: In den Fällen, in denen für die Zeit des Aufenthaltes der Frau im Wöchnerinnenheim zur Aufrechterhaltung und geregelten Fortführung des Haushaltes eine Hilfe im Haushalte unerläßlich ist, kann dieselbe beim Frauenverein der Fabriken bzw. im Schwesternhaus in Wiesdorf beantragt werden. Der von der Firma subventionierte Frauenverein gewährt hilfsbedürftigen Werksangehörigen im Falle der Krankheit Unterstützungen und gibt Bedürftigen Nahrungsmittel und Kleidung. Außerdem stehen ihm mehrere Schwestern und Frauen von Werksangehörigen zur Verfügung, die für die Zwecke der Hauspflege beansprucht werden können. Die Einrichtung erfreute sich solcher Beliebtheit, daß sie während der letzten Kriegsjahre zu einem selbständigen Zweig der Wohlfahrtspflege ausgebaut wurde, zur Zeit ist sie allerdings wieder reduziert und greift nur in den dringenden Fällen, besonders für Haushalte von Lungenkranken, ein.

Die *Badische Anilin- und Sodafabrik*, Ludwigshafen a. Rh., ist in neuester Zeit dazu übergegangen, die von ihr in großem Ausmaße seit über 30 Jahren mit 8 Schwestern betriebene ambulante Krankenpflege durch eine besondere Hauspflege für Familien kinderreicher Wöchnerinnen zu erweitern. Das Bedürfnis hierfür hatte sich sehr bemerkbar gemacht, da vielfach die Entbindung im Wöchnerinnenheim des Werkes daran scheiterte, daß die Familie die Mutter und Hausfrau nicht entbehren konnte. Als ausübende Kräfte sollen vornehmlich die Bezieherinnen von Witwenrenten herangezogen werden.

Die *Knorrbremse*, A.-G. in Berlin-Lichtenberg, verwendet seit Anfang 1921 Witwen früherer Arbeiter und Frauen von ganz oder vorübergehend invaliden Werksangehörigen dazu, um bei Angestellten- und Arbeiterfamilien in Wochenbett- und Krankheitsfällen sämtliche vorkommende Hausarbeit mit Ausnahme der großen Wäsche zu erledigen. Bei 8stündiger Arbeitszeit vergütet die Firma je nach der Schwere der Aufgabe ohne Verpflegung 2—3 Mark täglich und das Fahrgeld. Die Bestimmungen über Einsetzen und Zeitdauer der Hauspflege trifft die Fabrikpflegerin auf Grund genauer Ermittelungen der häuslichen Verhältnisse,

nach Maßgabe der Länge der Beschäftigungsdauer des Antragstellers und nach der Höhe des Lohnes.

Gerade in der Betriebswohlfahrtspflege kommt sowohl der bevölkerungs- und sozialpolitische Grundgedanke der Hauspflege wie ihre Verwendung als Arbeitsfürsorge für Erwerbsbeschränkte besonders stark zum Ausdruck. Bezeichnend ist die organisatorische Verbindung mit der Aufnahme im Wöchnerinnenheim. Ähnlich wurde früher auch in Mannheim jeder Frau, die in das Wöchnerinnenasyl aufgenommen wurde, nahegelegt, Hauspflege in Anspruch zu nehmen, und im Bedarfsfalle auf Kosten der Anstalt zur Verfügung gestellt. Am innigsten ist dieser Zusammenhang dank der unermüdlichen Werbung Brenneckes in Magdeburg hergestellt. Die Arbeit des Wöchnerinnenasyls erschöpft sich nicht mit der Aufnahme zur Entbindung, sondern zieht bewußt auch die Einrichtungen der offenen Fürsorge an die Anstalt als den Mittelpunkt und Ausgangspunkt heran. Im Gegensatz zu anderen hat Brennecke mit Recht darauf hingewiesen, daß in der Hauspflege eine notwendige Ergänzung, nicht aber nur irgendeine Möglichkeit der Geburts- und Wochenbetthygiene gegeben sei, und er hat durch das enge Ineinandergreifen von Wöchnerinnenasyl, Wochenpflege und Hauspflege und die organisatorische Verknüpfung der beiden letzten mit der Anstalt dem Mutterschutze bestens gedient.

In ähnlicher Weise bahnt sich auch die Zusammenarbeit der Hauspflege mit den anderen Einrichtungen der geschlossenen gesundheitlichen Fürsorge an. Die Erweiterung des Arbeitsgebietes auf das Eingreifen in Erkrankungsfällen hat zur Folge, daß die Krankenanstalten mit denjenigen Einrichtungen der offenen Fürsorge engere Fühlung gewinnen, welche entlassungsfähige, aber noch schonungsbedürftige Kranke in einfacher Weise versorgen und nicht anstaltsbedürftigen, aber pflegebedürftigen Personen eine gehobene Fürsorge zukommen lassen können.

Als Mittlerin zwischen der Anstalt und der offenen Fürsorge tritt dabei die soziale Krankenhausfürsorge auf.

7. Statistik der Leistungen.

Daß es sich bei der Hauspflege nicht um spielerische Vereinstätigkeit, sondern sozialhygienische Arbeit von Bedeutung handelt, ersieht man aus den Übersichten über ihre Leistungen in einer Reihe von Städten. Der Frankfurter Verein hat von 1896—1918 18 483 Pflegen geleistet, der Berliner von 1897—1925 117 929 Pflegen, der Elberfelder in 17 Jahren (1907—1924) 5342 Pflegen, der Leipziger Verein im 1. Vierteljahrhundert seines Bestehens (1900—1925) 21 618 Pflegen. Die Entwicklung im einzelnen zeigt das Beispiel des Berliner Vereins:

Tabelle 10. *Statistik der Pflegen.*

Jahr	Zahl der Pflegen	Ganze Tage	Halbe Tage	Nächte	Monatspflegen	Waschtage
1898	915	.	.	.	.	.
1900	328	14 758	5 996	30	31	668
1905	5209	27 899	6 674	202	292	767
1910	6089	40 415	4 709	150	539	414
1913	5824	35 529	4 033	100	495	475
1923	1014	9 406	3 663	176	231	94
1924	2585	22 303	9 574	571	501	257
1925	5441	44 062	15 510	1883	.	652½

Wohl überall bedeutet das Jahr 1913 den bisherigen Höhepunkt. Von den schweren Folgen des Krieges und Währungsverfalles hat sich die Hauspflegearbeit nur mühsam erholen können. Doch haben sich im Jahre 1924 die Leistungen fast in allen Städten gegen das Vorjahr verdoppelt und sind im Jahre 1925 weiter angestiegen.

Tabelle 11.
Arbeitsberichte.

Ort	Jahr	Gesamtzahl der Pflegen	Davon wegen: 1. Wochenbett	2. Erkrankung	unter Erkrankung waren	3. sonstige Gründe	Ganze Tage	Halbe Tage	Einzelne Stunden	Waschtage	Nächte	Bemerkungen
Augsburg . .	1913	844	430	389	41 mal Lungenl.	25	5 028	2 326	3 570	—	4420 Std.	1890 Sonntagsstund.
	1. IV. bis 31. XII. 1924	632	44	134	—	454	1 312	1 867	6 848	—	—	
Barmen . . .	1913	220	87	139	4 mal Tuberkul.	—	2 531	1 433	—	—	—	
	1924	100	16	71	—	13	2 284	1 249	—	—	150	$69^3/_4$ Tage
Berlin	1913	5824	2903	2777	—	144	35 529	4 033	—	475	100	495 Monatspflegen
	1923	1014	82	835	—	97	9 406	3 663	—	94	176	231 ,,
	1924	2585	163	2225	—	197	22 303	9 574	$6\,734^1/_2$	257	571	501 ,,
	1925	5441	382	4399	—	660	44 062	15 510	21 415	652	1883	$143^3/_4$ Tage
Bochum . . .	1913	209	137	66	2 mal Tuberkul.	6	1 713	423	—	58 Std.	—	
	1923	35	12	23	3 mal ,,	—	759	165	—	—	—	
Dresden . . .	1913	866	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
	1923	137	.	.	.	.	.	.	.		.	
	1924	179	25	147	13 mal Tuberkul.	7	3 441	23	—	—	480	
	1925	354	90	246	19 mal ,,	18	6 752	105	—	—	1262	
Düsseldorf . .	1913	611	395	178	—	38	5 161	1 845	—	—	15	$124^3/_4$ Tage
	1923	232	113	103	—	16	5 298	—	—	—	—	
	1924	472	243	197	—	32	14 083	—	—	—	—	
	1925	874	422	395	—	57	32 472	—	—	—	—	
Elberfeld . . .	1. IV. 1913 b. 31. III. 1914	340	177	132	9 mal Lungenl.	31[1])	4 660	—	—	—	—	[1]) darunter 15 mal zur Operation in der Anstalt und 6 mal zur Erholung
	1. IV. bis 31. XII. 1923	224[2])	36	118	—	70	3 439	296	—	—	44	[2]) darunter 14 mal für die städtische Hauspflegekasse
	1924	400	65	293		42	5 100	745	—	—	111	
	1925	552[3])	79	455	—	18	9 625	—	—	—	353	[3]) davon 18 für die Hauspflegekasse

Flensburg . .	1. X. 1913 b. 30. IX. 1914	255	130	125	—	—	4 120	607	543	—	198	
	1. X. 1923 b. 30. IX. 1924	104	19	81	—	4	2 297	294	564	—	793 +12	
Frankfurt a. M.	1913	1260	648	523		89	8 221	5 448	951	351 ganze u. 699 halb.	—	ferner 317 3/4 Tage
	1923	400	50	350	-	—	–	-	—	350 (1 bis 2mal wöch.	—	
	1. IV. 1923 b. 31. III. 1924	700	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
	1. IV. 1924 b. 31. III. 1925	345	.	.	.	.	.	.	.	1408	.	
Fürth i. Bay. .	1913	753	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
	1923	210	.	.		.	.	.	.	.	.	
	1. V. bis 31. XII. 1924	98	15	67	-	16	.	281	.	25	.	1718 1/4 Tage und 14 Monatspflegen
Gotha	1. IX. 1912 b. 31. VIII. 1913	285	155	130	—	—	3 254	648	—	—	—	79 Monatspflegen
	1923	67	9	58	—	—	1 582	109	—	-	—	39 ,,
	1. IV. 1924 b. 31. III. 1925	138	22	116	18mal Tuberkul.	—	3 358	149	6		58	13 3/4 Tage und 11 1/4 Tage
Köln a. Rh. .	1. VII. bis 31. XII. 1913	311	185	122	-	4	3 835	.	.	.	.	
	1923	157	66	72	—	19	3 135	.	.	.	.	
	1924	199	74	98	26mal Tuberkul.	25	3 653	54	—	—	—	
	1925	485	242	191	38mal ,,	52	7 952	234	—	—	—	3 3/4 Tage
Königsberg i. Pr.	1913	392	380	12	—	—	3 628	—	—	. .	—	
	1923	101	24	77	—	—	2 341	—	—	—	36	
	1925	108	22	71	—	15	2 771	—	—	—	—	
Leipzig . . .	1913	1467	829	477	—	161	18 748	218	—	—	2382	
	1923	350	68	194	—	88	7 432	88	—	-	510	
	1924	328	78	204	—	46	6 486	154	—	—	729	
	1925	530	112	340	—	78	11 445	103	—	–	1794	
Offenbach a. M.	1923	378	210	148	—	20	2 036	2 307	—	40	—	
	1924	97	23	58	15mal Tuberkul.	8	.	.	14 447	8	.	

Die Arbeitsberichte, die nur das Bild des vielen Zufälligkeiten unterworfenen *Verbrauches* an Hauspflege geben, gestatten kaum, den tatsächlichen *Bedarf*, der vom Standpunkte der Sozialhygiene angenommen werden muß, zu errechnen. Setzt man die Leistungen für die Aufrechterhaltung des Haushaltes bei Wöchnerinnen aus den Zeiten des Blühens der Hauspflege in Beziehung zur Zahl der Lebendgeburten und berücksichtigt man ferner, daß vereinzelt auch andere Organisationen ähnliche Arbeit leisten, so kann man mindestens 5—7% aller Wöchnerinnen als derart fürsorgebedürftig bezeichnen, daß Hauspflege für sie in Betracht kommen muß. Der Bedarf im Erkrankungsfalle läßt sich auch nicht annähernd schätzen, da er aufs engste mit den wirtschaftlichen Verhältnissen zusammenhängt. Würde sich die Hauspflege nur darauf beschränken, den Haushalt, so wie er vorgefunden wird, zu erhalten, so wäre ihre Arbeit unvollkommen. Vielmehr ist immer darauf geachtet worden, gerade die hygienischen Zustände im Hause durch *Ausgabe von Wäsche* für Mutter und Kind *und von kleinen Hilfsmitteln* für Kranke zu bessern, sowie durch Besorgung von Zusatznahrungsmitteln und Kleidung den schlimmmsten Notständen abzuhelfen. Als besonders geeignete Form der Hilfe hat sich die Ausgabe von *Wanderkörben* und Wanderbeuteln an Wöchnerinnen erwiesen. Die in Berlin verliehenen Wanderkörbe enthalten für den Säugling: 6 Hemdchen, 6 Jäckchen, 12 Mullbinden, 6 Einschlagtücher, 1 Gummiunterlage, 1 Laken für den Wochenkorb, 1 Kissenbezug, 1 Bettbezug, 2 Nabelbinden und 2 Waschlappen; für die Mutter 1 Bettlaken, 1 Kopfkissen, 1 Bettbezug, 1 Nachthemd, 1 Gummiunterlage, 1 dicke Unterlage; ferner 1 Stück Seife und ein Badethermometer.

Derartige Wanderkörbe wurden z. B. in Magdeburg im Jahre 1910 4mal, 1911 73mal, 1912 83mal, 1913 66mal, 1914 59mal, 1915 83mal ausgeliehen. In Leipzig wurden im Jahre 1920 106 und 1921 91 Erstlingswäschebündel ausgeteilt. In Köln ist dem Hauspflegeverein dank der Unterstützung durch Textilgrossisten eine besondere Wäschezentrale angegliedert worden. Sie hat im Jahre 1920 2500 Päckchen Säuglingswäsche, bestehend aus 3 Hemdchen, 2 Jäckchen, 2 Umschlagtüchern und 4 Windeln, im Jahre 1921 2400 Päckchen mit neuer Wäsche, 97 Pakete verarbeiteter Wäsche, 158 Garnituren für Säuglinge, die aus der Provinzial-Hebammenanstalt entlassen wurden, und 200 Stück sonstiger Wäscheteile, im Jahre 1923 trotz der wirtschaftlichen Schwierigkeiten 1300 Päckchen mit Säuglingswäsche ausgeben können. Auch die Ernährungsfürsorge, die, wie erwähnt, in Charlottenburg in Zusammenhang mit der Hauspflege gebracht worden ist, ist noch in anderer Weise gefördert werden. In Leipzig erfolgte die Ausgabe von Nährmitteln für bedürftige Schwangere und stillende Frauen seit dem Jahre 1916 im Auftrage des städtischen Jugendamtes durch den Hauspflegeverein; im Jahre 1918 konnten 2333 werdende Mütter bedacht werden.

8. Kosten.

Die Mittel für das Arbeitsgebiet der Hauspflege wurden ursprünglich, solange das Versuchsstadium noch nicht überwunden war, fast ausschließlich von privater Seite aufgebracht. Bald gingen aber auch öffentliche Stellen dazu über, die Tätigkeit durch regelmäßige Zuschüsse zu erleichtern. Der Währungsverfall hatte, wie auf vielen anderen Gebieten, so auch in der Hauspflege, die Folge, daß im Anschluß an die insbesondere von kommunaler Seite unternommenen Stützungsaktionen das alte System der Unterstützung durch Pauschbeträge immer mehr verlassen und die regelmäßige Beteiligung an den Kosten der Einzelleistungen vorgezogen wurde. Die Einnahmen fließen heute aus Beiträgen und aus Erstattungen. Die Beiträge, die entweder jährlich erhoben oder in größerer Höhe einmalig eingezogen werden, stammen in erster Linie von den Vereinsmitgliedern, die hierdurch ihren Willen zur Mitarbeit an der sozialen Fürsorge Ausdruck geben und die Kapitalbildung ermöglichen, aus der die Sicherheit zur Fortführung der Arbeit gewonnen wird. Unter den Mitgliedern finden sich Einzelpersonen, Betriebe, gelegentlich auch Standes- und Berufsorganisationen. Gelegentlich wird

den Mitgliedern des Vereins ein Vorrecht zur Benützung der Institution eingeräumt. Diese Einnahmequellen sind jedoch in letzter Zeit nicht allzu ergiebig gewesen, sind sie doch stark von der wirtschaftlichen Konjunktur abhängig. Vor dem Kriege stammten in manchen Städten ein Viertel, ja ein Drittel der gesamten Einnahmen von privater Seite, im Jahre 1925 machten die von den Vereinsmitgliedern aufgebrachten Beiträge in Dresden 8%, in Leipzig 7%, in Köln 4%, in Elberfeld 3% der gesamten Einnahmen aus. Wesentlich bedeutungsvoller sind in den letzten Jahren die regelmäßigen Zuschüsse geworden, die von den Städten, den Trägern der Sozialversicherung und den Großbetrieben geleistet wurden. So beteiligten sich im Jahre 1925 die Stadtverwaltungen von Dresden mit 22%, von Elberfeld mit 10%, die Krankenkassen in Dresden mit 10% am Aufkommen in der Form von Pauschbeträgen. Das Rückgrat der Finanzwirtschaft sind aber die *Rückvergütungen* einerseits von den Trägern der öffentlichen Fürsorge, von Betrieben und privaten Wohlfahrtsvereinigungen, andererseits von den in Fürsorge genommenen Familien. Im Jahre 1925 sind aus diesen Quellen in Dredens 55%, Düsseldorf 95%, Elberfeld 80%, Köln 82%, Leipzig 83% der Einnahmen gekommen.

Die *Sätze*, die *für die Ausübung* der Hauspflege erhoben werden, entsprechen jetzt fast allgemein den Unkosten oder wenigstens annähernd den tatsächlichen Aufwendungen. Sie werden jedoch bei Familien, die selbst für die Kosten aufkommen, nach den Einkommenverhältnissen abgestuft, so daß leistungsfähige Familien in voller Höhe, Minderbemittelte mit Teilbeträgen herangezogen werden und Arme entweder unentgeltlich aus Vereinsmitteln versorgt oder der öffentlichen Fürsorge zur Erstattung der Unkosten überwiesen werden. Eine Überspannung der Gebühren würde dem Zwecke der Hauspflege Abbruch tun und die Benutzung bei denjenigen Kreisen einschränken, die die öffentliche Wohlfahrtspflege nicht in Anspruch nehmen wollen und dürfen. Aber auch dann, wenn Vermögens- und Einkommensverhältnisse berechtigen, von der öffentlichen Fürsorge Gebrauch zu machen, sollte man bei der zulässigen späteren Wiedereinziehung von Pflegekosten stärkste Rücksicht darauf nehmen, daß es sich zum großen Teil um Leistungen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge handelt. Jede Vorbeugungsmaßnahme verliert aber ihren Sinn und verfehlt ihr Ziel, wenn Personen, deren Fürsorgebedürftigkeit einwandfrei erwiesen ist, zu Rückzahlungen erheblicheren Umfanges gezwungen werden und vielleicht auf lange Zeit hinaus von ihrem ohnehin knappen Einkommen noch Schulden abtragen sollen. So selten, schon um das Verantwortungsgefühl in der Bevölkerung zu erhalten, Hauspflege völlig unentgeltlich gewährt zu werden braucht, so häufig sind doch Erleichterungen geboten: *Staffelung* nicht nur nach sozialen, sondern auch *nach gesundheitspolitischen Gesichtspunkten*, *Vermeidung der rigorosen Eintreibung* von Rückständen, vor allem aber auch *Einrichtung von Darlehnskassen*, deren Benutzung auch Kreisen, die nicht versicherungspflichtig und nicht als hilfsbedürftig im Sinne der Fürsorgepflichtverordnung zu betrachten sind, gestattet, von der Hauspflege Gebrauch zu machen, ohne das bedrückende Gefühl der Schuldenlast gegenüber der Behörde zu haben. Tatsächlich haben, wie nachfolgende Beispiele zeigen, in verschiedenen Städten die Mehrzahl der Familien mehr oder minder erhebliche Vergütungen aus eigenen Mitteln gezahlt.

Tabelle 12. *Kostenübernahme in der Hauspflege.*
In *Magdeburg* erhielten im Jahre 1913 Hauspflege:

Ohne jedes Entgelt	Nur gegen Beköstigung für die Pflegefrau	Gegen Beköstigung und der Hälfte der Unkosten	Gegen Übernahme der Gesamtkosten	Zusammen
272 Familien	36 Familien	53 Familien	68 Familien	429 Familien

Augsburg 1913:

Unentgeltlich	320	Fälle
Teilweise Vergütung	205	„
Voller Ersatz	170	„
Eisenbahnfälle	97	„
Postfälle	3	„
Militärfälle	14	„
Stiftungsamt	11	„
Armenamt	9	„
Verschiedene Fabriken und Vereine	15	„
Zus.:	844	Fälle

Dresden 1925:

Zahlung durch	Frauenvereine	in	6	Fällen
„ „	Reichsbahn	„	9	„
„ „	Fürsorge	„	48	„
„ „	den Verein	„	108	„
„ „	Familie selbst	„	183	„
	Zus.	in	354	Fällen

In *Düsseldorf* übernahmen im Jahre 1925 die Pflegekosten:

Krankenkassen	in	482	Fällen
Wohlfahrtsamt	„	217	„
Fürsorgeamt für städt. Arbeiter und Angestellte	„	41	„
Fürsorgeamt für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene	„	89	„
Verschiedene Werke	„	7	„
Vereine u. ä.	„	2	„
Familien in voller Höhe	„	37	„
Verein für Hauspflege	„	18	„
Zusammen:		893	Fälle

Tabelle 13. *Staffelung der Pflegesätze.*

Wocheneinkommen	Kinderzahl				
	1	2	3	4	5 und mehr
bis 24 Mk.	frei	frei	frei	frei	frei
25 bis 26 Mk.	0,30	0,20	„	„	„
27 „ 28 „	0,50	0,40	0,10	„	„
29 „ 30 „	0,80	0,60	0,40	„	„
31 „ 32 „	1,00	0,80	0,60	0,40	0,20
33 „ 35 „	1,40	0,90	0,70	0,50	0,30
36 „ 40 „	1,75	1,20	0,90	0,60	0,40
41 „ 45 „	2,00	1,50	1,10	0,70	0,50
46 „ 50 „	volle Unkosten	1,80	1,50	1,00	0,75

Die stärkste Berücksichtigung verdienen *kinderreiche Familien*. Ein Beispiel einer Staffelung, die diesem Gesichtspunkte Rechnung trägt, ist die Regelung, die in Offenbach a. M. getroffen worden ist. Die Familien haben täglich für die Stellung einer Hauspflegerin zu zahlen (s. Tabelle 13).

Die Sätze, die bei voller Zahlung eingezogen wurden, betrugen Ende 1924 in den meisten Städten zwischen 1,50 und 2 Mark für den ganzen Tag, in einigen besonders teuren Orten gingen sie bis auf 3 Mark hinauf. Dazu erhoben einzelne Städte noch eine Gebühr für Kranken- und Invalidenversicherung, wie Barmen und Leipzig, andere einen 10proz. Verwaltungszuschlag, wie Elberfeld. Hierzu kommt unter Umständen das Kostgeld nach den vom Versicherungsamt festgesetzten Sätzen. Für Inanspruchnahme einer Pflegeperson in der Nacht wird 3 Mark und mehr berechnet, für stundenweise Beschäftigung 0,35 Mark.

Die *Ausgaben* setzen sich fast ausschließlich aus den Lohnzahlungen an das Personal, den Beiträgen für die soziale Versicherung und Unterhaltungskosten für das Bureau zusammen. Die eigentlichen Verwaltungskosten sollten auch dort, wo ein besonderer Verwaltungsapparat vorhanden ist, keinesfalls 10% der gesamten Ausgaben überschreiten. Es ist durchaus möglich, auch unter diesem Satze zu bleiben. Im Jahre 1913 machten die Verwaltungskosten bei den 6 Vereinen in Alt-Berlin etwa 6% der Gesamtausgaben aus, und den gleichen Anteil beanspruchten die Bureauunkosten des Düsseldorfer Vereins im Jahre 1925.

Die Beteiligung der einzelnen Kostenträger an der Hauspflegearbeit kommt an dem nachstehenden Beispiel von Elberfeld aus dem Jahre 1925 zum Ausdruck.

Tabelle 14.

Kassenbericht des Hauspflegevereins e. V. Elberfeld vom 1. Januar bis 31. Dezember 1925. (9625 Pflegetage in 552 Familien.)

Einnahmen — *Ausgaben*

Januar—Dezember 1925	Mk.	Kasse Mk.	Jauuar—Dezember 1925	Mk.	Mk.
1. Bestand		35,84	1. Pflegekosten		19 111,00
2. Jahresbeiträge der Mitglieder		790,50	2. Gehälter		2 615,10
3. Städtische Zuschüsse (Gehälter)		2 615,10	3. Verwaltungskosten:		
4. Geschenk der Glanzstoffabriken		500,—	a) Krankenkasse	1 435,00	
5. Rückvergütungen:			b) Reichsversicherung	96,75	
a) von den Familien	14 207,26		c) Invalidenversicherung	290,60	
b) Zuschläge zu den Pflegekosten	1 228,18		d) Porto, Drucksachen, Reinigen usw.	203,25	
c) von der städt. Hauspflegekasse	1 128,50		e) Telephon	173,97	
d) vom städt. Wohlfahrtsamt	3 890,45		f) Weihnachtsfest und Geschenke	279,66	
e) vom Eisenbahn-Frauen-Verein	275,50		g) Feriengeld für Pflegerinnen	180,00	2 659,23
f) Elberfelder Frauenverein	44,00		31. Dezember		
g) Evangelische Gemeinde	93,85		Kassenbestand		5,32
h) Notgemeinschaft christlicher Liebestätigkeit	42,90		Sparkassenbestand		275,36
i) Katholische Gemeinde	50,25	20 960,89	Rückstände an Pflegegeld		456,35
6. Rückvergütungen an Krankenkasse		194,67			
7. Zinsen-Sparkasse		25,36			
		25 122,36			25 122,36
Januar 1926					
An Kassenbestand		5,32			
Sparkassenbestand		275,36			
Rückständige Pflegegelder		456,35			
		737,03			

Der Gedanke des *Wohlfahrtszweckverbandes* hat sich also bereits in der Praxis in gewisser Weise durchgesetzt, wenn sich auch einzelne Stellen nicht in dem Umfange an den Kosten beteiligen, der ihrem Interessengebiete entspricht. Die *Aufwendungen* für Hauspflege betrugen im Jahre 1913 bzw. 1924:

Tabelle 15. *Aufwendungen für Hauspflege.*

Ort	Ausgaben in Mk.			
	überhaupt		je Pflegefall	
	1913	1924	1913	1924
Augsburg	16 154	12 792	19	20
Barmen	9 046	10 530	41	105
Berlin	62 000	20 887	17	80
Elberfeld	10 405	15 156	30	38
Frankfurt a. M. . .	38 210	.	30	.
Leipzig	37 785	11 154	25	34
Magdeburg	5 985	—	14	—

Die Unterschiede sind durch die verschiedene Art und Dauer der Pflege in den einzelnen Städten bedingt.

9. Ausland.

Nach dem Muster der deutschen Hauspflegevereine sind auch im Auslande Einrichtungen zur Erhaltung des Haushaltes getroffen worden. Von der Londoner „Sick Room Helps Society“ und der Pariser „Société des dames mouloises“ liegen keine neueren Berichte vor. In der Schweiz sind im Jahre 1918 in 10 Städten Einrichtungen in Betrieb gewesen, die dasselbe Ziel verfolgen wie die deutsche Hauspflege. Sehr ausgebildet ist die Fürsorge für den Haushalt in Holland. Als Träger treten nebeneinander humanitäre und konfessionelle Wohlfahrtsvereinigungen auf. In Amsterdam arbeitete die „Vereenigung Huisverzorging“ im Jahre 1923 mit einem Etat von 31 463 Gulden, davon entfielen 17 832 Gulden auf Unterstützungen, die von der Stadt gegeben wurden. Es wurden 628 Pflegen geleistet mit 10 347 ganzen und 6551 halben Tagen. Die Ursache der Pflegen war 194mal Fürsorge im Wochenbett, 27mal Abwesenheit im Krankenhaus, 407mal Erkrankung im Hause.

Der einzelne Fall kostete etwa 50 Gulden. Die Organisation der praktischen Arbeit weicht von der in Deutschland üblichen nicht wesentlich ab. Daneben ist noch eine katholische Organisation, „Hulp in de Huishouding“, vorhanden, deren Ausgabe für Pflege im Jahre 1923 17 433 Gulden betrug, und die in 770 Fällen 4611 ganze Tage, 2323 $^3/_4$-Tage und 2039 halbe Tage Hauspflege mit Hilfe von 35 bis 45 Pflegerinnen leistete.

10. Schluß.

Der Einwand liegt nahe, daß durch die Ausübung von Hauspflege wesentliche Aufgaben der Sozialhygiene, die Bekämpfung der Kurpfuscherei und die Verallgemeinerung der Anstaltsbehandlung leiden könnte. Im Laufe der Darstellung ist immer wieder darauf hingewiesen worden, daß eine *scharfe Abgrenzung der Hauspflege als Wirtschaftsführung gegenüber der eigentlichen Krankenpflege* möglich ist. In allen Satzungen kommt dieser Gedanke in genügender Deutlichkeit zum Ausdruck. Das Personal wird ausdrücklich durch Dienstanweisung auf bestimmte Arbeiten verpflichtet, die sich bewußt von allem fernhalten, was in das Gebiet der Krankenpflege gehört. Daß die Vorschriften geachtet werden, dafür müssen die Aufsichtsorgane sorgen, und sie werden immer

wieder ihr besonderes Augenmerk darauf zu richten haben, daß die Grenzen nicht überschritten werden. Die bisherige Erfahrung hat bewiesen, daß Mißgriffe so wenig zu befürchten sind, wie etwa beim ärztlichen Hilfspersonal. *Hauspflege ist immer nur ein Teil der Fürsorge für den Einzelfall und hat niemals den Arzt, die Hebamme und die Krankenschwester überflüssig gemacht, sondern im Gegenteil von weniger wichtigen Arbeiten entlastet und vielfach erst herangezogen.* Sie ist ein Beispiel, an dem der Bevölkerung der Nutzen wirtschaftlicher Erleichterungen in Form von Sachleistungen und persönlicher Hilfe, sowie der enge Zusammenhang von wirtschaftlicher Fürsorge und Gesundheit besonders eindrucksvoll gezeigt werden kann.

Ernster könnte die Gefahr genommen werden, daß durch die Vermittlung von Hauspflege Kranke unter elenden häuslichen Verhältnissen verbleiben, anstatt die Vorteile eines Aufenthaltes im Krankenhause zu genießen. Auch hier wird der prüfenden Stelle die Aufgabe zufallen, Hauspflege überhaupt nur in Fällen zu gewähren, die als aussichtsreich gelten können, und weiter darauf zu dringen, daß die Hauspflege *nicht zu billigem Ersatz des Krankenhauses*, sondern *nur als Ergänzung des Krankenhausaufenthaltes in genau ausgesuchten Fällen* in Anspruch genommen wird. In diesem Sinne vermag sie der Sozialhygiene und der öffentlichen Wohlfahrtspflege wertvolle Dienste zu leisten. Sie ist reif für die Anerkennung durch die öffentliche Fürsorge und würde durch Verbreiterung ihrer öffentlich-rechtlichen Grundlagen sowohl der *Planwirtschaft im Anstaltswesen* wesentlichen Nutzen bringen, als auch ihrem großen bevölkerungspolitischen Ziele noch näherkommen: der *Erhaltung der Familie.*

Literatur.

Buehl: Die Hauspflege, ein wichtiger Zweig öffentlicher und privater Fürsorge. Hamburg 1905. — Brennecke: Der Kampf um die Gesundung der geburtshilflichen Ordnung. Magdeburg 1913. — Flesch: Die Hauspflege. Jena: G. Fischer 1901; — Artikel Hauspflege im Handwörterbuch der Wohlfahrtspflege. Herausgegb. von Karstedt. — Frankenberg: Nachweisstellen für Hauspflegerinnen. Öffentl. Gesundheitspflege Bd. 6, S. 104. — Fürth: Die Hauspflege. Kultur u. Fortschritt Nr. 377/78. — Goldmann: Hauspflege. Klin. Wochenschrift Jg. 2, Nr. 41. 1923; — Die Pflege des Haushaltes. Mutter u. Kind Jg. 2, Ausg. A, Nr. 7. 1924; — Notwendige Erweiterungen der Krankenfürsorge. Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen Jg. 22, Nr. 3. 1926. — Harms: Organisation und Ziele der . . . Hauspflege. Wege und Ziele der Gesundheitsfürsorge. Herausgegb. v. Prof. Rott. 1926. — Hauser u. Düttmann: Die Kranken- und Hauspflege auf dem Lande. Schrift. d. dtsch. Ver. f. Armenpfl. u. Wohltätigkeit Bd. 55. 1901. — Hellinger: Die Hauspflege. Inaug.-Diss. Frankfurt a. M. 1920; — Die Sozialisierung der Hauspflege. Zeitschr. f. Armenwesen Bd. 22, S. 34. 1921. — Hoetzsch: Über die Hauspflege. Tuberkulosefürsorgeblatt Jg. 5, Nr. 6. 1918; — Die Organisation der Berliner Hauspflege. Berlin. Wohlfahrtsbl. Jg. 2, Nr. 3. 1926. — v. Hollander: Die Fürsorge für Erhaltung des Haushaltes, insbes. durch Hauspflege. Schrift. d. dtsch. Ver. f. Armenpfl. u. Wohltätigk. Bd. 55. 1901. — Keller-Klumker: Artikel Hauspflege in Säuglingsfürsorge und Kinderschutz, 1. Hälfte, S. 156—159. — Klumker: Artikel Hauspflege im Handwörterbuch d. Staatswissensch. Bd. V, S. 207. 1923. — Noak: Groß-Berliner Hauspflege. Kommunale Praxis Jg. 19, Nr. 42. 1919. — Roeder: Hauspflege der Krankenkassen. Dtsch. Krankenkasse Jg. 12, Nr. 53. 1925. — Schlossmann: Bericht zur Beratung über die Fortführung der Hauspflege durch Vereine, Krankenkassen oder Gemeinden. Als Manuskript gedruckt 1920; — Die Bedeutung der Hauspflege für die Krankenversicherung. Die Arbeiterversorgung 1920, H. 33; — Hauspflege, eine Teilaufgabe der Wohlfahrtspflege. Mutter u. Kind Jg. 2, Ausg. B, Nr. 9. 1924; — Hauspflege als Leistung der Krankenkassen. Ortskrankenkasse Jg. 11, Nr. 43. 1924; — Die Hauspflege in Deutschland. Dtsch. Zeitschr. f. Wohlfahrtspflege 1926, Nr. 5. — Schmidt: Die Hauspflege. Dtsch. Krankenkasse Jg. 12, Nr. 25. 1925.

Rettungswesen.

Von

A. Gottstein

Berlin.

Mit 4 Abbildungen

I. Allgemeines.

Unter Rettungswesen hat man dem Wortlaute nach die Organisation und den Betrieb aller derjenigen Einrichtungen zu verstehen, die geeignet sind, Menschen aus einer gefährlichen Lage zu befreien. Die Gefährdung bezieht sich zuerst auf die Bedrohung des Lebens, dann aber natürlich auch auf die der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Wenn diese Gefährdung durch Krankheit oder berufliche Schädigungen oder durch die Folgen unzweckmäßiger Lebensweise allmählich hervorgerufen wird, so ist der einzelne in der Lage, die zur Behandlung von solchen Zuständen zur Verfügung stehenden Personen und Einrichtungen in dem von ihm bestimmten Zeitpunkt in Anspruch zu nehmen; für diese Fälle bedarf es öffentlicher Einrichtungen zum Schutze vor Gesundheitsgefahren im allgemeinen nicht, mit Ausnahme der häufigen Fälle plötzlicher ernster Verschlimmerungen unter örtlichen und zeitlichen Schwierigkeiten, in denen sachverständige Hilfe nicht erreichbar ist oder in denen besondere Maßnahmen nötig werden, um den Bedrohten der Stelle zuzuführen, an der er sachgemäße und rechtzeitige Hilfe findet.

Der Fall des Bedarfs tritt also fast ausschließlich bei *plötzlicher* Bedrohung der Gesundheit ein und das trifft zu im Kampfe mit den Naturkräften, im Kampfe mit den durch die gesellschaftliche Entwicklung erzeugten Gefahren in Beruf und Verkehr und schließlich bei Zusammenstößen der sich selbst bekämpfenden Menschen. Die Opfer der Naturgewalten, des Blitzschlages, des Frostes, der Erdbeben, der Hitze, der Brände, des Ertrinkens usw., die nach den wenigen uns überlieferten Statistiken des 17. und 18. Jahrhunderts damals die Mehrzahl aller tödlichen Verunglückungen bildeten, sind dank einer Reihe kultureller Fortschritte im Laufe der Jahrzehnte viel seltener geworden, vielleicht sogar einschließlich der Todesfälle im Hochgebirge, wo die Zunahme der Sportunfälle an die Abnahme der Todesfälle der Einheimischen in wirtschaftlicher Tätigkeit nicht heranreicht. Dagegen hat die Bedrohung des Lebens im Berufe und Verkehr im Laufe des letzten Jahrhunderts in steiler Linie zugenommen. Ja, die gesamte Krankheits- und Sterblichkeitsstatistik mancher Berufe, die als besonders ungünstig gelten, wird nicht durch Krankheiten, sondern durch Unfallgefahren beherrscht. So kommen B. Heymann und Karl Freudenberg (14) in ihrer Untersuchung über die Morbidität und Mortalität der Bergleute im Ruhrgebiet zu dem Schlusse, daß bei den Bergleuten nach Ausschaltung der Todesfälle durch Unfälle auch für die jüngsten Altersklassen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung

sich eine *Untersterblichkeit* ergibt, die nach dem 25. Lebensjahre sehr groß wird und sich erst in höheren Altersstufen verwischt, daß demnach die Mortalität von den Unfällen beherrscht wird und daß dementsprechend die Hygiene des Bergbaus in der Vervollkommnung der Unfallverhütung ihre wichtigsten Aufgaben erblicken muß.

Ähnliche Gesichtspunkte treffen für die Seegefahr zu. Während aber in der Unfallstatistik früherer Jahrhunderte der Tod durch Ertrinken die höchsten Ziffern einnahm und diese Gefahr schon für jeden Flußlauf und Binnensee zutraf, zeigt sich heute ein Überwiegen der Todesursache des Ertrinkens nur bei der Bevölkerung der Meeresküsten.

Die Statistik der Unfallhäufigkeit im Beruf ist von Fischer in Bd. II, S. 186ff., ausführlich behandelt worden; die Tabelle 43 von Prinzing in Bd. I, S. 176, erweist die große Bedeutung der Verletzungen als Ursache der Erwerbsunfähigkeit in der Krankenkassenversicherung, und aus den statistischen Feststellungen der Stadt Berlin ergibt sich, daß z. B. in den Jahren 1911—1919 auf 1 Million Einwohner rund 60 000 in öffentlichen Krankenhäusern behandelte Krankheitsfälle verzeichnet wurden, von denen rund 4000 mechanische Verletzungen waren. Insbesondere ergibt sich für Berlin im Jahre 1912, daß in öffentlichen und privaten Krankenanstalten aufgenommen wurden:

	Männlich	Weiblich
An allen Krankheiten	64 303	62 043
„ Infektionskrankheiten	18 443	14 614
„ Krankheiten des Nervensystems	3 738	2 819
„ Verletzungen usw.	6 415	1 864

In der Gesamtbevölkerung Berlins starben im selben Jahre 1912 15 198 Männer und 14 783 Frauen.

	Männer	Frauen
Davon starben an Verletzungen:	1 225	742

Nach Altersklassen starben 1912 in Berlin an Unfällen:

0— 1 Jahr	31	30—40 Jahre	245
1— 2 Jahre	17	40—50 „	261
2— 5 „	79	50—60 „	198
5—10 „	95	60—70 „	192
10—20 „	149	70—80 „	93
20—30 „	306	über 80 „	83

Die Todesursachenstatistik für das Deutsche Reich 1912 berichtet, daß auf 10 000 Lebende der betreffenden Gruppen Todesfälle an Verunglückungen kamen (s. nebenstehende Tabelle):

	Männlich	Weiblich	Zusammen
0— 1 Jahr	3,8	3,1	3,4
1—15 Jahre	4,0	2,2	3,1
15—30 „	6,3	0,7	3,5
30—60 „	7,4	0,9	4,1
60—70 „	9,9	2,3	5,7
über 70 „	12,2	7,4	9,5
Insgesamt	6,2	1,6	9,0

Betrachtet man nur die Altersklasse von 15—30 Jahren und das männliche Geschlecht, so ergeben sich jedoch sehr große Verschiedenheiten. So hatten Bremen und Westfalen Sterbeziffern 13,9 und 12,2, Hamburg 9,7, Rheinprovinz 8,7, Schleswig-Holstein 8,0, dagegen Hessen-Nassau 4,4, Bayern 4,2, Baden 4,4, Sachsen 3,6 und Berlin 2,1.

In den Jahren 1896—1900 betrugen die tödlichen Unfälle auf 1 Million Einwohner in:

England	568	Schweiz	623
Schottland	720	Belgien	344
Irland	419	Italien	362
Norwegen	415	Deutschland	384
Österreich	335	Frankreich	388

Von 100 Verunglückten starben:

durch Ertrinken	in Preußen	28	in Norwegen	69,5
durch Sturz	„ „	19,7	„ der Schweiz	33,3
durch Überfahren	„ Frankreich	20,2	„ Norwegen	2,6

Das Überwiegen des männlichen Geschlechts und der erwerbsfähigen Lebensalter beweist also ebenso wie die Unterschiede zwischen Ländern mit starker Bergwerksindustrie und solchen mit starkem Seeverkehr die Zusammenhänge von Unfallgefahr und Beruf.

Neben diesen Beziehungen tritt in der Neuzeit immer stärker in den Vordergrund der Einfluß des *Verkehrs*. Er wirkt sich aus erstens durch Einführung und Verallgemeinerung neuer Verkehrsmittel, wie vor 80 Jahren der Eisenbahn, jetzt des Kraftwagens und Flugzeuges, zweitens durch die zunehmende Dichtigkeit des Verkehrs. Hat doch in Amerika der Tod durch Kraftwagen an Zahl den Tod durch viele, lange Zeit recht gefürchtete Infektionskrankheiten, wie Typhus und Diphtherie, weit hinter sich gelassen. So wird die Zahl der im Jahre 1924 in den Vereinigten Staaten von Nordamerika durch Kraftwagen getöteten Personen auf 19 000, der verwundeten auf 45 000 angegeben; unter den Getöteten befanden sich 5700 Kinder. Und auch in den deutschen Großstädten steigt die Zahl der Verletzungen und Todesfälle im Straßenverkehr steil an. Dies trifft natürlich andere Altersklassen, als bei den Unfällen im Berufe, nämlich besonders Greise und die durch zunehmende Frauenarbeit stark gefährdeten Kleinkinder. Die zunehmende Bedeutung der tödlichen Verletzungen im Kleinkinderalter erweist die Tabelle von Tugendreich im Band IV, S. 157 und die schweren Folgen der Verletzungen als Ursache von Verkrüppelung lehrt die bekannte, von Biesalski 1907 veranlaßte Krüppelzählung, nach der fast 10 000, also über 10%, der von ihm festgestellten jugendlichen Verkrüppelungen durch Unfälle hervorgerufen wurden. Ein gutes Drittel davon waren heimbedürftig. Über die *Häufigkeit* der Unfälle von 1903—1922 gibt die Übersicht IV von Bd. II, S. 193, Auskunft, nach der die Zahl der Vollarbeiter von 6,5 auf 11,16 Millionen stieg, die Zahl der Verletzten auf 1000 Arbeiter um 9,24 stetig auf 4,6 sank. Die Zahl der Todesfälle ging nicht ganz in gleichem Maße zurück, nämlich von 0,72 auf 0,53. Etwas mehr als die Hälfte der Unfälle rief nur vorübergehende Erkrankung hervor.

In früheren Jahren war der Gang ein etwas anderer.

Es starben infolge tödlicher Unfälle in Preußen auf 10 000 lebende Männer[1]):

	1869	1907
Prov. Preußen . .	9,1	7,36
Brandenburg . . .	6,1	6,38
Pommern	7,7	5,9
Schlesien	8,4	7,9
Sachsen	6,5	5,8
Westfalen	6,6	8,02
Rheinland	6,3	7,2

Auf Überfahrenwerden durch Fuhrwerk und Eisenbahn kamen in Preußen in Prozent aller tödlichen Unfälle:

	1869	1897
Männer	15,9	15,6
Frauen.	7,2	8,0
Kinder.	10,8	10,0

Die Zahl der *tödlichen Unfälle* ist also nahezu die gleiche geblieben, trotzdem die Gelegenheiten, zu verunglücken, namentlich im Verkehr, doch um das Vielfache gestiegen sind. Man muß in dieser Tatsache einen der sehr seltenen Fälle der Möglichkeit eines direkten zahlenmäßigen Beweises für die Fortschritte der Heilkunde sehen, die hier zugleich durch Fortschritte der Wundbehandlung, des Krankenhauswesens und des Rettungswesens hervorgerufen sind.

Es liegt im Wesen der *plötzlichen* Gefährdung des Lebens, daß die Gelegenheit besonders dort gesteigert ist, wo *Menschenanhäufungen* eintreten. Die Ursachen sind mehrfach; entweder handelt es sich um Berufsausübung in den besonders gefährdeten Betrieben, wie Bergwerken, Eisenbahnen, Schiffen, Fabriken und Werken mit Explosions- oder Feuersgefahr. Oder die Ansammlungen finden in Theatern, Vereinssälen, auf Tribünen im Freien statt, in denen eine plötzliche Feuersbrunst oder

[1]) Gottstein: Med. Reform 1909, Nr. 29.

auch nur ein Alarm zu Katastrophen führt. Oder Unglücksfälle, wie Erdbeben, Wasserkatastrophen, große Brände, Eisenbahnunfälle, bedrohen gleichzeitig zahlreiche Menschen. Jeder Rettungsdienst muß von vornherein derartige *Massenkatastrophen* in seinen Einrichtungen mit berücksichtigen. Sie sind zwar gegenüber den Einzelunfällen selten; aber genau so, wie ein städtisches Elektrizitätwerk mit seinen Maschinen auf die im Winter notwendigen Höchstleistungen eingestellt, wie ein Krankenhaus mit Betten und Personal auch auf seltene größere Epidemien, mindestens auf die Höchstbelegung in den Zeiten schlechtesten Gesundheitszustandes vorbereitet sein muß, so ist es eine der dringendsten Forderungen eines gut organisierten Rettungsdienstes, daß er auch diese Möglichkeiten im Auge behält und ihm durch Reserven an Personal, Fahrzeugen, Ausrüstung begegnet und daß er regelmäßig in den Zeiten der Ruhe sich auf den Sturm einübt. Dazu gehört weiter, daß bei allen Veranstaltungen, bei denen erfahrungsgemäß Unfälle zu erwarten sind, der Rettungsdienst von vornherein beteiligt ist, so bei Wettrennen aller Arten und Wettspielen, bei großen Umzügen, bei Wassersportveranstaltungen usw. Dazu gehören die Brandwachen im Theater, die Bereitstellung von Rettungseinrichtungen in öffentlichen Badeanstalten oder im Eisenbahnverkehr.

Das Ziel des Rettungsdienstes ist es, in Fällen dringender Gefahr des Lebens Hilfe zu leisten. Erfolg ist nur zu erwarten, wenn die Hilfe *schnell* und *zureichend* geschieht. Der Ausgang einer Verletzung hängt zuweilen an Minuten. Die moderne chirurgische Operationstechnik hat Verfahren ausgebildet, mit denen es gelingt, auch bei Verletzungen schwerster Form und solchen, die die wichtigsten Organsysteme treffen, das Leben zu erhalten. Voraussetzung ist jedoch sofortige Hilfe. Als extremes Beispiel mag die Trendelenburgsche Operation der Embolie dienen. Technisch ist sie ausführbar, auch der Instrumentenapparat kann stets bereit liegen, aber in Betracht kommt sie wohl nur in den verschwindend seltenen Fällen, wo unmittelbar nach Eintritt der Embolie der Erkrankte auf den Operationstisch gelegt wird, also im Krankenhause selbst und während der Operationsstunden. So manche technisch glänzende und erstaunliche operative Lebensrettung war nur dadurch möglich, daß der Unfall, etwa die Pfählung durch eine Wagendeichsel, gerade vor den Pforten der chirurgischen Station eintrat. Meist liegt der Ausgang nicht so sehr auf des Messers Schneide im fast wörtlichen Sinne, aber der Endausgang für das Leben ist auch dann davon abhängig, daß die Großleistung operativer Chirurgie so schnell wie möglich einsetzt. Und auch für die Mehrzahl der banalen, durch Alltagseingriffe zu heilenden Unfälle und Vergiftungen und Erkrankungen bestimmt der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns immer noch den Ausgang dahin, ob vollständige oder unvollkommene Heilung mit voller oder unvollständiger späterer Erwerbsfähigkeit eintritt. Ja, da diese leichteren Verletzungen in Beruf und Betrieb die ganz überwiegende Mehrzahl aller Unfälle bilden, da aber hier oft die Unerheblichkeit und verhältnismäßige Ungefährlichkeit der Verletzung in einem starken Gegensatz zu den schweren Folgen für die Berufsausübung bei vernachlässigter oder verspäteter oder unzureichender Behandlung steht, so trat der Gesichtspunkt der frühzeitigen Behandlung solcher beruflichen Verletzungen von Finger und Hand zur Verhütung der Wundinfektion als eine dringende Aufgabe des Rettungsdienstes vor einigen Jahrzehnten schon scharf in den Vordergrund. Daß das Ziel, welches auch vom Standpunkt der Sozialversicherung eine außerordentlich wichtige wirtschaftliche Tragweite hat, infolge der Gleichgiltigkeit der Beteiligten noch nicht annähernd erreicht ist, beweist die außerordentlich hohe Zahl schwerer Sehnenscheiden- und Zellgewebsentzündungen an Fingern und Hand, die alljährlich den Krankenhäusern zugehen als Folgen meist vernachlässigter Berufsverletzungen, als ver-

meidbarer Krankheiten, die den Betreffenden zunächst einmal zeitweise durch langes schmerzhaftes Krankenlager, dann aber nachhaltig durch eine schwere, an Verkrüppelung heranreichende Berufsschädigung dauernd treffen. Die noch heute bestehenden hohen Zahlen weisen darauf hin, daß hier der öffentliche Rettungsdienst noch weiter auf beträchtliche Ausdehnung seines Wirkungskreises hinarbeiten muß.

Aber die beiden Aufgaben schneller und zureichender Hilfe sind namentlich bei schweren Gesundheitsgefahren sowohl im Einzelfalle wie bei Massenkatastrophen *fast nie vereinbar*. Der gut organisierte Rettungsdienst kann die erste, kaum je aber die letzte Forderung erfüllen, die nur in einer vollständig ausgerüsteten Krankenanstalt durchführbar ist. Es ergeben sich demnach zwei Erweiterungsnotwendigkeiten.

Zur Erfüllung der *ersten* Bedingung gehört es daher unerläßlich zum Rettungsdienst, daß mit ihm ein Betrieb zur Überführung von Kranken oder Verletzten in Anstalten verbunden ist; das *Krankentransportwesen* ist also ein *untrennbarer Teil des Rettungsdienstes*. Er erschöpft sich aber nicht mit der Bereitstellung von Wagen und geschultem Personal. Die beim Einzelfall und noch mehr beim Massenunfall Verletzten befinden sich oft in einer Lage, die eine einfache Überführung vom Orte der Verletzung zum Krankenwagen durch Trägerhände gestattet. Ihre Bergung ist erschwert bei Bränden, in Bergwerken, bei Ertrinkensgefahr, auf Schiffen im Meer oder in Flüssen und Gewässern. Hier müssen *Zwischeneinrichtungen* bestehen, die für die genannten besonderen Fälle bei Rettung aus Seenot, bei Bränden und Explosionen in größeren Gebäuden, bei Eisenbahnunfällen, vor allem im Bergwerksbetrieb mit seinen *mehrfachen* Gefahren eine ganz besondere technische Durchbildung erfahren haben. Ähnliches gilt für Gebirgsunfälle in Eis und Feld, während für seltenere Massenkatastrophen, wie Erdbeben und Überschwemmungen behelfsmäßige Einrichtungen nach bewährten Mustern einsetzen müssen.

Der Krankentransport gestaltet sich auf dem Lande anders, als in der Großstadt; er hat zur Voraussetzung die Organisation des *Unfallmeldedienstes* und die rechtzeitige Übersicht der Aufnahmemöglichkeit des Schwerverletzten in der Anstalt, dessen Zustand ein Hin- und Herfahren von Krankenhaus zu Krankenhaus nicht gestattet. Im Zusammenhange mit dem Ausbau des Rettungswesens wurde daher in den Großstädten *zweitens* auch ein *zentraler Meldedienst* über die Zahl der freien Betten eingeführt, eine Einrichtung, die natürlich zugleich der gesamten kranken Bevölkerung zugute kommt.

Aber der Zustand einer großen Zahl von Verletzten ist oft ein *unmittelbar* so bedrohlicher, daß *sofortige* sachverständige und zweckmäßige Hilfe zur Beseitigung höchster Gefahr erforderlich wird, so bei Blutungen, Erstickungsgefahr, Ertrinken, aber auch schon bei geringeren Gefahrgraden, wie Ohnmacht, schweren Knochenbrüchen usw. Das Bestreben, hier helfend und erfolgreich sich betätigen zu können, hat schon seit je in dem Unterricht über erste Hilfe sich ausgewirkt. Planmäßig im Dienste des Rettungswesens hat sich bekanntlich in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts Friedrich von Esmarch für die Ausbildung von Hilfspersonal für erste Hilfe eingesetzt, März 1882 den deutschen Samariterverein gegründet, und in seinen „Samariterbriefen", die 1886 bei Lipsius und Tischer erschienen, Vorschläge für Organisation, Unterricht, Rettungsverfahren und Rettungsausrüstung gemacht. Die Bewegung setzte sich, anfangs nicht ohne Kämpfe, erfolgreich durch und der Unterricht im „Samariterdienst" war für Feuerwehr, Polizei, Schwimmeister usw. bald obligatorisch. Zumal seit das Rote Kreuz die *Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger* im Kriege 1886 gründete, wurde alljährlich eine große Anzahl von Hilfskräften für den Rettungsdienst

ausgebildet, welche durch regelmäßige Übungen, auf denen Unterricht erteilt wurde, und durch Heranziehung bei Umzügen, öffentlichen Wettkämpfen usw., auch Gelegenheit hatten, sich praktisch zu betätigen.

Der Rettungsdienst ist also als ein Glied jener Maßnahmen zu betrachten, deren Aufgabe es ist, *gesundheitlichen Schädigungen vorzubeugen*. Es gibt drei Arten von Vorbeugungen. Die erste umfaßt Maßnahmen, geeignet zu verhindern, daß überhaupt eine Schädigung eintritt. Diesem Ziele dienen die umfassenden Einrichtungen der Unfallverhütung im Betriebe, namentlich im Umgange mit Maschinen, die durch die Gewerbeordnung erlassenen Bestimmungen zum Schutze gegen Vergiftung, die Bestimmungen und Einrichtungen der Berufsgenossenschaften, der Kesselüberwachungsvereinigung u. a. m. Alle diese Maßnahmen

Abb. 1. Warnungsplakat. (Herausgegeben von der Reichsarbeitsverwaltung Berlin.)

sind in Bd. II in den Aufsätzen von Fischer und Teleky ausführlich behandelt und in dem Aufsatz von Simon in Bd. IV, S. 614 gekennzeichnet worden. Es gehört hierher auch das neuerdings vielseitig ausgebildete Verfahren durch Plakate, in wirkungsvoller Form in Wort und Bild, sogar durch Unterweisungen in der Schule verhütend zu wirken. Hier ist durch drastische Warnungen Amerika weit voran, aber auch das deutsche Reichsarbeitsministerium fügt seinem Reichsarbeitsblatt regelmäßig bildmäßige Schilderungen bei, in denen die gefährliche und ungefährliche Arbeitsweise gegenübergestellt wird. Auch in Straßenbahnen und an Haltestellen finden sich solche Hinweise. Fischer gibt in Bd. II, S. 183 ein solches Plakat wieder, und Vogel hat in Bd. I, S. 345 die Literatur zusammengestellt. Ein weiteres sei hier seiner Tendenz wegen angeführt.

Dieser Zweig der Vorbeugung gehört aber nicht zum Rettungswesen im eigentlichen Sinne. Zur Vorbeugung gehört zweitens die sog. „*nachgehende Fürsorge*“, ein sehr wichtiges Gebiet, das nicht nur dahin zielt, durch zweckmäßige ärztliche Nachbehandlung die höchstmögliche Gebrauchs- und Erwerbsfähigkeit den Verletzten zu verschaffen, sondern auch Berufsvermittlung, Berufsumstellung, Arbeitsbeschaffung einbezieht. Dieses Gebiet, schon vor dem Kriege gut durch-

gearbeitet, aber durch die Aufgaben der Versorgung der Kriegsbeschädigten weiter fortgebildet, verdient in seinen medizinischen, wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen die weitestgehende Beachtung, aber es gehört ebenfalls nicht zu den Aufgaben des Rettungswesens im engeren Sinne.

Arbeitsgebiet des Rettungsdienstes ist ausschließlich derjenige *dritte* Teil der Fürsorge, den man in der Sozialgesetzgebung als vorbeugende *Heilbehandlung* bezeichnet, d. h. die Leistung *nach* eingetretener Gesundheitsschädigung mit dem Ziele, die unmittelbaren Folgen mit einer Prognostik auf weite Sicht abzuwenden und mit allen zu Gebote stehenden Maßnahmen auf das erreichbare Mindestmaß zu beschränken.

Es ergibt sich dabei von selbst, daß der Begriff des Rettungsdienstes, namentlich in Großstädten auch die Maßnahmen zur Leistung erster Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen verschiedener Art, einschließlich Entbindungen, sich angegliedert hat, weil hier bei Tage wie in der Nacht oft stundenlang sachverständige Hilfe nicht zu erreichen ist. Ja, es ist von Bedeutung, daß gerade und ausschließlich dieser Notstand vor 50 Jahren, als die Gefahren durch die Industrie und namentlich durch den Verkehr noch gering waren, in Berlin besonders schwer empfunden und beklagt wurde, und daß diese Aufgabe, die im Vergleich zur Notwendigkeit von Einrichtungen bei Einzel- und Massenunfällen eigentlich doch nur untergeordnet ist, in Berlin überhaupt erst den Anstoß zur Organisation des Rettungswesens gab, und zwar anfangs und mehrere Jahrzehnte in einer Form, die zunächst nur diese erste Hilfe in den Vordergrund stellte.

Es ist folgerichtig, wenn in der weiteren Entwicklung, nachdem einmal öffentliche Einrichtungen des Rettungsdienstes zur Verfügung standen, sie auch für Zwecke herangezogen wurden und herangezogen werden durften, die mit den Aufgaben der Rettungs- und Gesundheitspflege nur in einem sehr lockeren Zusammenhange standen. So wurden in dem Rettungswesen in Berlin, nachdem die Demobilisierung nach dem Waffenstillstande die Gefahr der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten außerordentlich gesteigert hatte, Einrichtungen getroffen, um nach verdächtigem Geschlechtsverkehr Desinfektionen vorzunehmen, wie sie während des Krieges bei amerikanischen, englischen und anderen Truppenteilen vorgeschrieben waren und sich bewährt hatten. So überführt in Berlin auf ärztliche Anregung nach lange bestehenden Vorschriften die Polizei Bewußtlose, die der akuten Trunkenheit verdächtig sind, unter denen sich gelegentlich aber auch Apoplektiker befinden, nicht mehr auf die Polizeiwache, sondern in die Rettungswachen, wo sie sachverständig und zweckmäßig gelagert und versorgt sind.

Von den einzelnen Gebieten des Rettungswesens heben sich diejenigen, die sich mit der Rettung aus Seenot und mit dem Schutz gegen die vielfachen Gefahren im Bergwerkbetrieb beschäftigen, aus zwei Gründen heraus, durch die Häufigkeit und Schwere der Lebensbedrohung und durch die Notwendigkeit besonderer Einrichtungen und besonderer Organisation. Sie bedürfen also einer besonderen Behandlung. Drei andere Abschnitte, die Organisation des Rettungsdienstes bei Feuergefahr, im Eisenbahnbetrieb und bei Lebensgefahr im Hochgebirge, fügen sich mit ihren technischen Einrichtungen in großen Zügen denjenigen des allgemeinen Rettungsbetriebes ein oder, soweit technische Sonderorganisationen notwendig wurden, lassen sie sich kurz im Rahmen der Gesamtdarstellung schildern unter Verzicht auf Sonderbehandlung.

II. Aus der Geschichte des Rettungswesens.

Den Versuch einer Darstellung der Geschichte des Rettungswesens, die bis in das Altertum zurückgeht, hat E. Dietrich (1) gemacht. Er bringt auch die

Fremdenhospize zur Bergung verirrter oder erkrankter Pilger mit dem Gedanken der Rettung in Zusammenhang und schildert die Tätigkeit kirchlicher Orden in Hospizen, im Hochgebirge und an anderen gefährlichen Stellen. Am frühesten entwickelte sich dann der Seerettungsdienst in Küstenländern, dessen planmäßige Organisierung bis ins 15. Jahrhundert zurückgeht. Seit Beginn des 19. Jahrhunderts in stets den Fortschritten der sich entwickelnden Chirurgie angepaßten Formen, wuchsen die Bemühungen um die Methoden zur zweckmäßigen Behandlung verunglückter, insbesondere ertrunkener Personen und zur Wiederbelebung. In Preußen wurden wiederholt vom Ministerium die Anleitungen gesammelt und herausgegeben [1820, 1847, 1871 und 1891, vgl. E. Frank (5)]. Einen weiteren Ausbau erfuhr diese Richtung dadurch, daß, wie schon erwähnt, Esmarch es sich angelegen sein ließ, für die Unterweisung von Laien in der ersten Hilfe bei Unglücksfällen und Verletzungen Pläne auszuarbeiten, Apparate und behelfsmäßige Verfahren anzugeben und das „Samaritertum" volkstümlich zu machen. Ein von ihm herausgegebener Leitfaden fand als Unterlage für den planmäßig erweiterten Unterricht die weiteste Verbreitung. Als Folge dieser Richtung ergab sich die Notwendigkeit, aus öffentlichen Mitteln die für den Rettungsdienst benötigten Rettungskästen, Verbandskästen und Samariterapotheken mit dem erforderlichen Inhalt zu beschaffen und dort, wo sie gebraucht oder von wo sie eingefordert werden konnten, aufzustellen. Da der Armenarzt seiner Dienstanweisung nach verpflichtet war, auf Anfordern der Polizei Hilfe zu leisten, so schien lange selbst in stark wechselnden Großstädten dem Bedürfnis genügt. Immerhin waren die Verhältnisse in diesen recht primitiv. Bald forderte hier die Notwendigkeit bei plötzlichen Erkrankungen und Verletzungen bei Tag und Nacht stete Hilfe zu sichern, wenn es, wie recht häufig, nicht gelang, den nächst wohnenden Arzt zu erreichen, die Errichtung von Behandlungsstätten, die, der Bevölkerung kenntlich gemacht, jederzeit zur Verfügung ständen. Die Anregung zur Schaffung solcher Stätten ging in Berlin von Vereinen, namentlich Bezirksvereinen oder von Privaten aus, die sog. *Sanitätswachen* errichteten. Die erste wurde 1872 eröffnet, ihre Zahl wuchs bis 1890 auf 15; sie standen nur des Nachts zur Verfügung, hatten recht ungenügende Einrichtungen und wurden gewöhnlich von einem in der Nähe vorhandenen Arzt und einem Heilgehilfen versorgt; nur eine dieser Wachen im Görlitzer Bahnhof stand Tag und Nacht zur Verfügung und bildete sich bald zu einer Art von Poliklinik aus, die auch alle anderen Erkrankungen weiter behandelte und daher auf den Widerspruch der Ärzte stieß. Die Wachen erhielten sich aus freiwilligen Beiträgen, aus den Einnahmen von Bezirksfesten und einer städtischen Unterstützung. Außerdem hatte die Stadt zwei sog. Sanitätsstuben im Berliner Rathause und im Feuerwehrgebäude am Schöneberger Ufer errichtet, wo Verletzte gelagert und versorgt werden konnten, Einrichtungen, von denen die Mehrzahl der Bevölkerung nichts wußte, und schließlich gab es an einzelnen Uferstellen Rettungskähne und Rettungsringe. Die Beförderung nach den Krankenanstalten, von der Behausung bei Erkrankungen und Unfällen, lag in den Händen privater Krankenbeförderungsunternehmer, die ausreichten und gut arbeiteten. Aber weit zurück war das Rettungswesen an anderen Orten. Im Jahre 1891 machte der ärztliche Standesverein Südwest-Berlin den Versuch, durch Selbsthilfe ein Rettungswesen für Tag- und Nachbetrieb zweckmäßig zu errichten und zu betreiben im Interesse der Bevölkerung, aber auch des Berufes, um bei plötzlichen Erkrankungen die bisher behandelten Patienten nicht an einen anderen Arzt zu verlieren, wie das bei den Sanitätswachen ständig drohte; bei dem mangelnden Interesse der Bevölkerung und dem Fehlen an Unterstützungen ging aber diese Wache sehr bald ein. Aber der Berliner Ärzteverein West nahm sich der Frage unter Vorsitz von Liebreich an und entwickelte 1890

klare und erst viel später durchgeführte Vorschläge zur Reform der bisherigen Einrichtungen und zur Beschaffung ärztlicher Hilfe für Unfälle, in denen eine zentrale Organisation, ein offizieller Charakter und Errichtung von Stationen mit Tag- und Nachtdienst unter zwei sich abwechselnden Ärzten sowie der Ausbau und die Angliederung von Unfallmeldern und des Krankentransportwesens verlangt wurden; in der Mehrzahl der Fälle sollte nur erste Hilfe geleistet und die Überführung in die Anstalt gesichert werden.

Zu diesem Zeitpunkte hatte die Novelle zur Reichsversicherungsordnung vom Jahre 1892 den Berufsgenossenschaften das Recht der Übernahme der Behandlung von Unfallerkrankungen von deren erstem Beginn an zuerteilt, das ihnen früher erst von der 14. Woche an zustand. Diese Berufsgenossenschaften hatten den entscheidenden Wert einer zweckmäßigen ersten Hilfe bei Betriebsverletzungen kennengelernt und den Schaden praktisch auszukosten gehabt, den eine ungenügende Hilfe beim ersten Verband für die Heilung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit von Unfallverletzten herbeiführen konnte. Das führte in Berlin zur Aufstellung des Planes, kleine Anstalten zu errichten, um erste Hilfe zu leisten und zur Minderung der Kosten die Interessen der Berufsgenossenschaft mit denjenigen der Gesamtbevölkerung durch eine Neuordnung des großstädtischen Rettungswesens zu vereinigen. Eine Anzahl Berufsgenossenschaften, die sich zu diesem Zwecke zusammengeschlossen hatten, überzogen die ganze Stadt mit einer Anzahl kleiner Kliniken, die einfach, aber zweckmäßig eingerichtet, sich an Vorbilder der Sanitätswachen anlehnten, aber besser als diese den ärztlichen, namentlich den chirurgischen Anforderungen angepaßt waren. Diese Unfallstationen gliederten sich später dem Roten Kreuz an. Eine Anzahl Betriebe und Fabriken überwiesen ihre sämtlichen Verletzen diesen Unfallstationen, um sie von den dort angestellten, durch festes Vertragsverhältnis gebundenen Ärzten behandeln zu lassen. Die Verletzten erhielten nicht nur den ersten Verband, sondern sie wurden auch dort weiter behandelt und die Leiter waren auch die Träger der Begutachtung. Auch die Krankenkassen machten bei Verletzungen ihrer Mitglieder von der Einrichtung Gebrauch, und das gleiche traf schließlich für die nichtversicherte Bevölkerung zu. Die Unfallstationen deckten also einen Teil ihrer Unkosten durch die Behandlung zahlungsfähiger Privatpatienten. Auch die Polizeibehörde gab ihren Organen den Auftrag, sämtliche Unfälle der Straße und des Betriebes diesen Stationen unmittelbar zuzuführen. Um die technische Durchführung machte sich besonders Dr. P. Frank, der heutige langjährige Direktor des Berliner städtischen Rettungswesens, verdient. Die Organisation führte bald zu einer Gegnerschaft der praktischen Ärzte, die, an sich gegen Monopole, gegen fest angestellte Ärzte eingenommen, sich dadurch geschädigt fühlten, daß die Unfallstationen nicht nur erste Hilfe leisteten, sondern auch weiter behandelten. Die Bevölkerung stand natürlich den Klagen der in ihren privaten Interessen verletzten Ärzte gleichgültig gegenüber und sah sich auch durch die bequeme und gut organisierte Einrichtung befriedigt. Erst als die Besucherzahl der Unfallstationen, deren Zahl schnell auf 20 stieg, dahin führte, daß auch die staatlichen chirurgischen und Universitätskliniken und Polikliniken anfingen, über Mangel an Unterrichtsfällen zu klagen, stellte sich an die Spitze der Ärzte Ernst v. Bergmann, um eine Gegengründung ins Leben zu rufen, bei der auch die Interessen der Ärzte gewahrt wurden. Es entstand am 15. X. 1897 die Berliner Rettungsgesellschaft unter Führung von E. v. Bergmann. Sie organisierte eigene Rettungswachen, die in der Einrichtung den Unfallstationen gleichwertig waren, aber nur erste Hilfe leisteten und sämtliche Ärzte zuließen, die bereit waren, sich am Unfalldienst zu beteiligen und den Vorschriften zur Wahrung der Interessen des Standes sich zu unterwerfen. Die Zahl der von dieser Gesellschaft

geleiteten Wachen betrug 1905 neun. Beide Gruppen leisteten Verdienstliches für die Allgemeinheit, indem sie ihre eigenen Einrichtungen vervollkommneten und den Ausbau des Krankentransportwesens förderten. Aber unter sich befehdeten sie sich durch lange Jahre, und das Werben um die öffentliche Gunst wirkte zum Schaden beider Einrichtungen, bis es zu einer neutralen Verständigung durch Schaffung des Verbandes für erste Hilfe kam, der gemeinsame Fragen, namentlich diejenige des Krankentransportwesens, bearbeitete. Da aber beide Gruppen auf die Unterstützung und Mitwirkung der städtischen Verwaltung angewiesen waren, so stellte diese den Anspruch, entscheidend an Leitung und Organisation mitzuwirken, und es kam zu einer Verständigung unter Führung von Bergmann. Dadurch aber gewann auch die staatliche Verwaltung ein weiteres großes Interesse an der ganzen Frage, die ja nach den gesetzlichen Bestimmungen ihrer Oberaufsicht unterstand und die durch das Anwachsen der Gefahren in der Großstadt immer mehr an Bedeutung gewann. Während sich die früher feindlichen Parteien in ihr Arbeitsgebiet teilten und mit den Gemeinden Abkommen schlossen, innerhalb derer die Städte auch ihre Krankenhäuser in den Dienst des Rettungswesens als Verbandstätten für erste Hilfe stellten und auch an der Schaffung des Bettennachweises mitwirkten, wurde am 30. XII. 1901 auf Veranlassung des Ministerialdirektors Althoff (1) durch Bergmann und Dietrich das *Zentralkommitee für das Rettungswesen* in Preußen gegründet, das, aus zahlreichen Interessenten zusammengesetzt, das ganze Gebiet wissenschaftlich, geschichtlich und verwaltungsmäßig bearbeitete und Richtlinien für die Organisation und Technik und für die Angliederung verwandter Aufgaben, wie der Bergung von Alkoholikern und Epileptikern usw., ausarbeitete. Dieses Zentralkomitee betonte auch mit allem Nachdruck, daß die Organisation und Leitung des Rettungswesens zu den Aufgaben der Gemeinden gehöre und nicht mehr privaten Händen überlassen bleiben dürfe. Es fanden nun in Berlin und seinen Vororten eingehende Verhandlungen über die Verstadtlichung des städtischen Rettungswesens statt, die nach langen Beratungen am 30. I. 1913 zu dem Beschluß der Stadtverordneten führten, durch den die noch bestehenden Sanitätsrettungswachen und Unfallstationen aufgehoben wurden und an deren Stelle städtische Rettungsstellen traten. Beide Organisationen wirkten an den Beratungen mit und sorgten dafür, daß ihre Unteressen gewahrt wurden.

Das Interesse am Ausbau des Rettungswesens ging weiter über Gemeinden und Einzelstaat hinaus und führte zu internationalen Zusammenschlüssen. Im Jahre 1908 fand in Frankfurt a. M. der erste internationale Kongreß für das Rettungswesen statt, auf dem alle großen und zahlreiche Einzelfragen beraten, Erfahrungen ausgetauscht und durch eine große Ausstellung Rettungsapparate, Krankenwagen, Lebensrettungseinrichtungen im Bergwerk und am Meer usw. zusammengefaßt wurden. Der zweite Kongreß für Unfallverhütung und Rettungswesen fand im Jahre 1913 in Wien statt, dann unterbrach der Krieg die Fortsetzung dieser Zusammenarbeit, und erst im Jahre 1926 trat der 3. internationale Kongreß für Rettungswesen in Amsterdam zusammen, der zugleich das große Gebiet der Unfallerkrankungen mit berücksichtigte. In Preußen erweiterte sich 1910 der preußische Zentralverband zum deutschen Zentralverband für das Rettungswesen mit dem Sitz in Berlin unter dem Vorsitz des Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes. Dieser Zentralverband nutzte später die Erfahrungen, die im Kriege gesammelt waren, aus, und auch die Regierungen verfolgten die erzielten Ergebnisse. Auf Grund längerer Vorarbeiten beriet schließlich der preußische Landesgesundheitsrat in den Jahren 1925 und 1926 den gegenwärtigen Stand und stellt nunmehr auf Grund dieser Verhandlungen die Grundsätze für den planmäßigen Aufbau und die Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförde-

rungswesens zu Lande und am Wasser für Großstadt, Kleinstadt und flaches Land in kurzen Sätzen zusammen, die von jetzt ab für den Betrieb des Rettungswesens bis auf weiteres maßgebend sein sollen.

Während in Deutschland, speziell in Berlin, in eigenartiger Weise im Vordergrund allein die Sorge für erste Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen stand und in der Deckung dieses Bedürfnisses die weiteren Aufgaben der Rettung am Orte der Gefahr und der Bergung der Verletzten erst allmählich ausgebaut und angegliedert wurden, während hier der Interessenkampf der beteiligten Gruppen im Wettbewerb zur Steigerung der Leistungen und Vermehrung der Aufgaben führte, war es in Wien eine furchtbare Katastrophe, die plötzlich den Anlaß gab, das bis dahin vernachlässigte Gebiet zu organisieren. Im Dezember 1881 vernichtete der Brand des Ringtheaters zahlreiche Menschenleben, und unter dem Entsetzen, das diese Katastrophe erregte, wurde der Schrei nach Hilfe laut. Baron von Mundy gründete die Rettungsgesellschaft, die noch heute annähernd in denselben Formen den Bedürfnissen Wiens Genüge leistet, und hier stand gleich im Beginn nicht das ursprüngliche Berliner Verfahren, bei dem die Hilfsbedürftigen den Ort der ersten Hilfe aufzusuchen hatten, sondern hier stand im Vordergrund die an einer Zentralstelle organisierte erste Hilfe, welche wie bei der Feuerwehr an den Ort der Gefahr durch Unfallmelder berufen wurde und die Bergung der Verletzten und Unterbringung in klinische Anstalten zur Hauptaufgabe hatte, der sich die anderen erforderlichen Maßnahmen erst angliederten. Ausgangspunkt und Anfangsmethode waren also verschieden, das Endziel wurde schließlich das gleiche.

III. Organisation des Rettungswesens.

Die in den Sitzungen des Ausschusses für das Rettungswesen im preußischen Landesgesundheitsrat am 13. VIII. 1926, 26. XI. 1925 und 20. III. 1926 beschlossenen Richtlinien (11) für den planmäßigen Aufbau und die Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens sind bestimmend für die Durchführung während der nächsten Zeit. Sie bilden zugleich die Unterlagen für die Behandlung der einzelnen Teilgebiete. Diese Grundsätze haben den folgenden Wortlaut:

Grundsätze für den planmäßigen Aufbau und die Ordnung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens.

I. Planmäßiger Aufbau.

1. Das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen ist planmäßig nach Provinzen zusammenzufassen.

2. Für das Gebiet jeder Provinz wird eine Arbeitsgemeinschaft gebildet, die sich zusammensetzt aus der Staatsregierung, der Provinzialverwaltung und Vertretern des provinziellen Städtetages und Landkreistages, der anerkannten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, der Reichsversicherungsträger und privaten Versicherungsgesellschaften, der Ärzteorganisationen, des Roten Kreuzes, der Feuerwehr und der übrigen am Rettungswesen beteiligten Verbände und Behörden.

Die Arbeitsgemeinschaft wählt Vorstand und Geschäftsführung.

Bestehende Arbeitsgemeinschaften dieser oder ähnlicher Art sind zu berücksichtigen und gegebenenfalls zu erweitern.

3. Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft ist es, die Einrichtungen des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens planmäßig zu fördern und nach Kräften zu unterstützen, einschließlich der Versicherung der Nothelfer gegen die Folgen von Unfällen bei der Ausbildung und im Dienst (Unfallversicherung) und gegen etwaige Schadenersatzansprüche aus Anlaß der Ausübung des Dienstes (Haftpflichtversicherung).

4. Entsprechende Arbeitsgemeinschaften zur planmäßigen Durchführung des Rettungs- und Krankentransportwesens werden für das Gebiet eines Stadt- und Landkreises oder mehrerer Kreise gebildet, die zweckmäßig an die Gesundheitsämter (Wohlfahrtsämter) angegliedert werden.

5. Als Zentralinstanz ernennt der Minister für Volkswohlfahrt einen Kommissar für das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen, dem als beratendes Organ ein Ausschuß aus den zu 2 beteiligten Verbänden zur Seite steht.

II. Notwendige Einrichtungen.

A. Zu Lande.

1. Rettungsstellen.

a) In Großstädten: Rettungsstellen mit ständigem ärztlichen Dienst und vollkommener Einrichtung zur ersten Hilfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen innerhalb und außerhalb der Rettungsstellen mit Lagerungsräumen, entweder selbständig oder im Anschluß an Krankenanstalten.

b) In Mittelstädten: Rettungsstellen in Verbindung mit vorhandenen Krankenhäusern unter besonderer örtlicher Einrichtung für die Rettungsstellen im Krankenhause.

c) In kleinen Städten ohne ständig ärztlich besetzte Krankenhäuser: Rettungswachen, Rettungseinrichtungen der freiwilligen Sanitätskolonnen und ähnlicher Organisationen oder solche in Polizeiwachen oder Feuerwachen unter Versorgung durch im Sanitätsdienst ausgebildetes Personal.

d) In kleinen Orten, Dörfern, Gutsbezirken usw.: Vorhandensein von Verband- und notwendigstem Medikamentenmaterial unter Beaufsichtigung durch eine tunlichst ständig erreichbare, im Sanitätsdienst ausgebildete Vertrauensperson.

e) Vorhandene Einrichtungen der beteiligten Rettungsverbände sind bei den unter a bis d zu schaffenden Einrichtungen zu berücksichtigen und auszubauen.

2. Beförderungseinrichtungen.

Vorhandensein von jederzeit abfahrbereiten Rettungstransportwagen in Großstädten und von möglichst schnell fahrbereiten Rettungstransportwagen in Mittel- und kleineren Städten, hier im Anschluß an die bestehenden Rettungsverbände, an die Feuerwehren u. dgl., auch unter Benutzung von Krankentransportwagen oder von leicht zu solchen umzugestaltenden Lastkraftwagen von Großbetrieben, Vorhandensein von Krankenkraftwagen bei den Kreiskrankenhäusern, Bereitstellung von fahrbaren Tragen bei den Rettungsstellen großen und kleinen Umfangs.

3. Ausbildung des Hilfspersonals.

Allenthalben Anschluß und Verbindung mit den vorhandenen Sanitätskolonnen usw. behufs Ausbildung von Nothelfern (Betriebshelfern) und sonstigem Hilfspersonal.

4. Meldewesen.

An allen Stellen mit nichtständigem ärztlichen Dienst Vorkehrungen zur Erlangung ärztlicher Hilfe durch Vermittlung der Rettungseinrichtungen. Verbindung mit den vorhandenen Sanitätskolonnen usw. zur Hilfeleistung bei Massenunfällen, Vorsorge für Erreichbarkeit von Unfallhilfen, auch an Sonn- und Festtagen. Anfertigung von Verzeichnissen (wenn möglich auch Karten) über die Lage und Größe der vorhandenen Rettungsstellen und Beförderungseinrichtungen, über den Aufenthalt der Ärzte und des Hilfspersonals unter Angabe der Fernsprech- und Verkehrsverbindungen.

5. Hinweiswesen.

Ein durchgebildetes Hinweiswesen auf die vorhandenen Rettungseinrichtungen und ihre Erreichbarkeit (Fernsprecher), insbesondere auf Straßen, Chausseen, an Kilometersteinen, Bahnübergängen, Bahnwärterhäusern usw.

6. Aufklärung weiterer Kreise

über Art und Nutzen der ersten Hilfe, etwa durch Rundfunkvorträge, Vorträge bei Gesundheitswochen, Unterricht in Schulen, Anbringung von Merktafeln, Wandbildern usw.

B. Zu Wasser.

1. Vorhandensein von Rettungsmaterial (Kähnen, Rettungsringen, Hinweistafeln für erste Hilfe in Ertrinkungsgefahr Geratener), mit Angabe der nächsten Rettungseinrichtungen an möglichst vielen Gefahrstellen (Brücken, Wassertreppen u. a.), in Badeanstalten, an Freibadeplätzen usw. ständiger Rettungsdienst.

2. Ausgedehnte Ausbildung durch Vereine, Schulen usw. in der Wiederbelebung in Ertrinkungsgefahr Geratener und im Rettungsschwimmen.

IV. Rettungsstellen.

Der erste Bestandteil des Rettungswesens soll demnach von der *Rettungsstelle* gebildet werden. Diese Rettungsstelle bedarf je nach der Größe des Wirkungsbereichs einer verschiedenartigen Organisation. Für *Mittelstädte* wird ihr örtlicher Zusammenhang in unmittelbarer Verbindung mit vorhandenen Krankenhäusern gefordert. Die dringend notwendige Einbeziehung der gut organisierten Krankenanstalten in den Rettungsdienst kann nicht hoch genug bewertet werden. Hier ist schnelle und zweckdienliche Hilfe bei allen Arten von plötzlichen Erkrankungen und Unfällen zu erreichen, die Entfernungen sind selbst für Anstalten, die außerhalb des Wohngebietes liegen, durch die modernen Transportmittel leicht zu überwinden. Auch für erste Hilfe in den zahlreichen Fällen, in denen es der Aufnahme in die Anstalten nicht bedarf, kann leicht gesorgt werden. Aber gerade diese Aufgabe, die in der Großstadt so sehr im Vordergrunde steht, und die bei plötzlichen Erkrankungen in der Wohnung oder bei Verletzungen an der Unfallstelle den Besuch des diensttuenden Arztes im Heim oder am Ort der Katastrophe erforderlich macht, spielt in der Mittelstadt mit ihren geringen Entfernungen und der leichteren und schnelleren Erreichbarkeit sachverständiger Hilfe eine geringere Rolle. Im übrigen wurde in den Beratungen der Richtlinien ausdrücklich darauf hingewiesen, daß in Fällen des Bedarfes es keiner Stadt versagt ist, eigene Rettungsstellen neben dem Krankenhause zu betreiben.

Für die *kleineren Städte* ohne ständige und leicht erreichbare Krankenhäuser und für das *Land* werden einfache Rettungseinrichtungen in Polizei- und Feuerwachen oder bei den zum Rettungsdienst heranzuziehenden Organisationen für ausreichend, aber die Bereithaltung von Verbandmaterial, Instrumenten, Medikamenten für unerläßlich erklärt.

Für *Großstädte* bedarf es unter *allen Umständen* der selbständigen Rettungsstellen, deren Zahl je nach der Größe der Stadt und der Höhe der Gefahr zu bemessen ist. In diese Rettungsstellen sind zweckmäßig auch die öffentlichen allgemeinen Krankenhäuser einzubeziehen. Nur muß hier im Interesse der verschiedenen Aufgaben des Innen- und Außendienstes durch eine Dienstanweisung dafür gesorgt werden, daß ein Auseinanderhalten der Räume und eine Trennung der Einrichtungen statthat, damit im Augenblick des Bedarfs nicht Instrumente hin und her geschleppt werden müssen. Ebenso muß eine Dienstanweisung den jedesmaligen Arzt des Rettungswesens bestimmen, der oft genug auch außerhalb der Anstalt erste Hilfe zu leisten hat.

Unter Großstädten sind im allgemeinen die Städte von 100 000 Einwohnern und mehr zu verstehen. Doch ist ohne weiteres klar und in den genannten Verhandlungen auch betont, daß hier örtliche Verhältnisse stark mitsprechen. Industrieorte mit großen Gefahren erfordern schon unterhalb dieser Grenze besondere Rettungsstellen. Ihre Zahl und Lage wird ebenfalls von der Gefahrenhöhe mehr als von der Einwohnerzahl bestimmt; jedenfalls muß die Einrichtung um so sorgfältiger und komplizierter ausgebaut werden, je schneller die Einwohnerzahl wächst. Nicht erwähnt in den Bestimmungen ist ein Umstand, der aber besonders betont werden muß. An allen Stätten der Großstadt mit Ansammlung und Verkehr größerer Menschenmengen, in Rathäusern, größeren Behörden, größeren Schulen usw., ferner an Stätten häufiger Verletzungen und Unfälle, wie großen Fabriken, Werkbetrieben, Turnhallen, Feuerwehr, bedarf es jedesmal noch derjenigen besonderen Vorkehrungen neben den Rettungsstellen, die in den Grundsätzen für die kleineren Städte als ausreichend bezeichnet wurden. Dazu gehört außer den eben angeführten Einrichtungen noch, wenn irgend möglich, ein besonderer Raum zur Bergung und Untersuchung Erkrankter und Verletzter mit

Tragbahre und Lagerstätten, sei es auch nur, um Personen, die ohnmächtig geworden oder von Krämpfen befallen sind, abzusondern und sich erholen zu lassen. Auch ist es nötig, daß in regelmäßigen Zwischenräumen die dort eingestellten Verband- und Medikamentenkästen von Sachverständigen überprüft werden, damit Verdorbenes und Verbrauchtes rechtzeitig ergänzt wird; auch muß dabei das Vorhandensein der Schlüssel und anderer Kleinigkeiten beobachtet werden, damit im Augenblick des Gebrauches auch alles klappt.

Da die Weltstadt im Zeichen des größten Bedarfs steht und ihre Einrichtungen die weitestgehende Vollständigkeit besitzen, so sei hier die Organisation der Berliner Rettungsstellen eingefügt.

Zu Ende des Jahres 1924 bestanden in Berlin 46 Rettungsstellen, die über das gesamte Stadtgebiet verteilt, entweder als eigene Rettungsstellen ausgebildet oder an Krankenhäuser angeschlossen sind.

Die Rettungsstellen bestehen, wenn irgend möglich, zum mindesten aus 3 Räumen, deren größter als Operationsraum zur Leistung für erste Hilfe, der zweite und dritte für den Arzt und Heilgehilfen bestimmt ist, dieses vor allem bei solchen Rettungsstellen, die Tag und Nacht ärztlich besetzt sind. Ein vierter kleinerer Raum schließt sich zweckmäßig daran an, er dient zum vorübergehenden Aufenthalt für Schwerverletzte, Bewußtlose oder plötzlich Erkrankte. Hier wären dann auch die Krankentragen und Bureaugerätschaften unterzubringen. Die Rettungsstellen enthalten weiterhin eine beschränkte Anzahl von Instrumenten und sonstigen Hilfsmitteln, eben gerade nur so viel, als für die erste Hilfeleistung unbedingt nötig ist. Hierzu gehören auch geburtshilfliche Instrumente, vor allem aber ein Sauerstoffapparat. Die Berliner Rettungsstellen besitzen auch sämtlich eine Tasche, die der wachhabende Arzt, sobald er außerhalb der Rettungsstelle tätig sein muß, mit sich führt. Der Inhalt der Tasche setzt sich aus folgendem zusammen:

1. 1 auskochbares Metalletui, in welchem sich eine chirurgische Pinzette, 1 anatomische Pinzette, 1 kleine geknöpfte Schere und 1 Skalpell sowie 2 Mooʃsche Nadeln und 1 Röhrchen Vömelseide befinden.
2. 1 Beutel mit Wattebinden (sterilisiert).
3. 1 Beutel mit Mull- und Stärkebinden.
4. 1 Beutel mit Gazekompressen (sterilisiert).
5. Einige Schnellverbände.
6. 1 Esmarchscher Schlauch.
7. 1 Magenspülapparat.
8. 1 Gegengiftkasten.
9. 1 Injektionskasten
10. 3 Drahtschienen.
11. 1 Fieberthermometer.
12. 1 Rasiermesser im Etui.
13. 1 dünner Nelatonkatheter in Dose.
14. 1 kleine Dose mit Soda.
15. 1 Schwamm zum Abwaschen Blutender im Gummibeutel.
16. 1 elektrische Taschenlampe.

Diese seitens des ärztlichen Direktors auf Grund langjähriger Erfahrung erfolgte Zusammenstellung der „*Rettungstasche*“ bewirkt, daß der Arzt nicht mit leeren Händen und ohne die Möglichkeit sofortiger positiver Hilfe zu einer Unfallstelle oder zu einem plötzlich Erkrankten kommt.

Die Berliner Rettungsstellen sind nicht nur dazu bestimmt, innerhalb ihrer Räume zur Hilfeleistung benutzt zu werden, sie stellen gewissermaßen das Zentrum eines Kreises dar, dessen sämtliche Punkte im Bedarfsfalle auf Grund mündlicher oder fernmündlicher Benachrichtigung dem Rettungsdienst zugänglich gemacht werden sollen. Damit der wachhabende Arzt möglichst schnell überall hin gelangt, bedient er sich des Krankenwagens, sobald ein solcher in der Nähe der Rettungsstelle stationiert ist, oder es wird zu derartigen Eiltransporten des Arztes die Feuerwehr herangezogen. Letzteres findet in jedem Falle statt bei Gasvergiftungen oder Massenunfällen, da hier die Feuerwehr auch meist zuerst zur Stelle ist. Es erübrigt sich alsdann für den wachhabenden Arzt der Rettungsstelle auch die Mitnahme eines Sauerstoffapparates, weil ein solcher zur Ausrüstung der Feuerwehr gehört.

Bei den besuchtesten Berliner Rettungsstellen regelt sich der ärztliche Wachdienst so, daß 5 Ärzte je $2^1/_2$ Stunden am Tage Dienst tun. In jeder 5. Nacht hat einer der Ärzte Volldienst; der Dienst an Feiertagen bestimmt sich nach Verabredung. Wie anstrengend eine

solche Tätigkeit bei einer in besonders verkehrsreicher Gegend gelegenen Rettungsstelle ist, erhellt daraus, daß allein in den Monaten Januar bis Oktober 1923 daselbst 153 Automobilunfälle mit 4 Todesfällen und 33 schweren Verletzungen sich verzeichnet finden. Dieses neben den üblichen täglichen Unfällen, Vergiftungen, Erkrankungen usw.

Die Bedingungen für die Anstellung der Ärzte, wie sie im Jahre 1913, dem Jahr der Verstadtlichung des Berliner Rettungswesens, festgelegt wurden, hatte folgenden, sehr eingehenden Wortlaut:

I. Bedingungen für die Zulassung zum Dienst.

1. Als diensttuende Ärzte in den städtischen Rettungsstellen dürfen ausschließlich approbierte Ärzte tätig sein.

2. Die diensttuenden Ärzte sollen aus der Zahl der innerhalb des Weichbildes der Stadt Berlin allgemeine Praxis treibenden Ärzte genommen werden.

3. Wohnung. Die diensttuenden Ärzte sollen möglichst im Bezirke der Rettungsstelle wohnen, in der sie Dienst tun, und nur auf dieser einen Rettungsstelle tätig sein.

II. Der Dienstvertrag. Die Beschäftigung der diensttuenden Ärzte erfolgt im Wege des Privatdienstvertrages (§§ 611ff. BGB.); die Anstellung erfolgt durch das Kuratorium. Der Dienstvertrag muß stets in schriftlicher Form abgeschlossen werden und über folgende Punkte Bestimmung treffen:

1. Dauer des Vertrages: Der Vertrag wird auf 2 Jahre abgeschlossen und gilt immer stillschweigend als auf ein Jahr verlängert, wenn er von keiner Seite mindestens 3 Monate vor Ablauf gekündigt ist. Eine Lösung des Vertrages innerhalb der Vertragszeit, jedoch mit dreimonatlicher Kündigung, kann erfolgen, wenn ein erheblicher Anlaß dazu vorliegt. Die sofortige Entlassung ohne Kündigung ist zulässig, wenn durch die Beschwerdekommission (vgl. II, 2) eine schwere Verfehlung festgestellt wird. Kündigung und Entlassung erfolgen durch das Kuratorium. Gegen die Entscheidung des Kuratoriums ist Beschwerde an den Magistrat zulässig.

In dringenden Fällen ist der Aufsichtsrat der Rettungsstelle zur sofortigen vorläufigen Ausschließung vom Rettungsdienste berechtigt; er muß jedoch binnen 24 Stunden an den Vorsitzenden des Kuratoriums behufs Bestätigung der Entscheidung durch das Kuratorium berichten.

2. Beschwerdekommission: Sie besteht aus 7 Mitgliedern des Kuratoriums, unter welchen sich der Vorsitzende und 3 Ärzte befinden müssen. Die Sitzungen der Beschwerdekommission sind geheim. Der Erlaß einer Geschäftsordnung für dieselbe wird vorbehalten.

3. Der diensttuende Arzt muß von einer Verlegung seiner Wohnung dem Kuratorium rechtzeitig Anzeige erstatten.

4. Dienstzeit: Der Arzt verpflichtet sich zu einer Dienstzeit in der Rettungsstelle von mindestens drei aufeinanderfolgenden Stunden für den Tag. Für die Tageszeiten von 8 bis 10 Uhr vormittags und von 4—6 Uhr nachmittags kann eine zweistündige Dienstzeit vereinbart werden. Jeder Arzt ist zu mindestens 45 Tagesdienststunden und 30 Nachtdienststunden für den Kalendermonat verpflichtet. Der Nachtdienst wird fortlaufend von 10 Uhr abends bis 8 Uhr morgens versehen.

III. Die Ausübung des Dienstes.

1. Die Zahl der diensttuenden Ärzte: Es sollen auf jeder Rettungsstelle grundsätzlich 7 Ärzte, einschließlich des Aufsichtsarztes (vgl. V.) Dienst tun, doch soll es zulässig sein, einerseits bis auf 5 herunterzugehen, andererseits aber bis auf 10 heraufzugehen. Die Dienstpläne sind von den Aufsichtsärzten nach den näheren Bestimmungen der für diese zu erlassenden Dienstanweisung für jede Rettungsstelle im Einvernehmen mit den diensttuenden Ärzten für ein Vierteljahr im voraus aufzustellen und dem Kuratorium zur Genehmigung einzureichen.

2. Der diensttuende Arzt soll nach Ablauf seiner Dienstzeit die Rettungsstelle nicht früher verlassen, als bis der Nachfolger eintrifft. Ergeben sich hierbei für die beteiligten Ärzte Bruchteile von Stunden, so sollen sie die Verteilung des Honorars unter sich vereinbaren.

3. Honorar: Das Honorar wird nach Leistungen berechnet und beträgt für jede geleistete Dienststunde am Tage 1,25 Mark, für den geleisteten Nachtdienst von 10 Uhr abends bis 8 Uhr morgens 9 Mark. Jeder Arzt ist verpflichtet, falls erforderlich, 15 Minuten nach Beendigung seiner Dienstzeit in der Rettungsstelle Dienst zu tun. Für Vertretungsdienst oder für verlängerten Dienst werden die Normalsätze bezahlt.

Wird ein am städtischen Rettungswesen beteiligter Arzt außerhalb seiner Dienstzeit zu einer Hilfeleistung im Dienste des städtischen Rettungswesens herangezogen, so hat er Anspruch auf ärztliche Gebühren in Höhe der Mindestsätze der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Für Wahrnehmung des Rettungsdienstes bei öffentlichen Veranstaltungen (Paraden, Aufzügen usw.) werden jedoch von Fall zu Fall besondere Sätze vorher vereinbart.

Die Zahlung des Honorars soll in den letzten Tagen jeden Monats für die Zeit vom 21. des vorigen bis zum 20. des laufenden Monats erfolgen.

4. Die Ausübung von Privatpraxis ist während der Dienstzeit nicht gestattet. Eine Ausnahme findet nur in sehr dringenden Fällen und mit der Maßgabe statt, daß der Arzt für Vertretung während seiner Abwesenheit sorgt. Auch hat er den Grund seiner Entfernung vor dem Verlassen der Rettungsstelle in ein Kontrollbuch, über dessen Einrichtungen nähere Bestimmungen vorbehalten bleiben, einzutragen.

5. Urlaub: Dem diensttuenden Arzte steht in jedem Jahre ein vierwöchiger Urlaub zu. Die Urlaubszeit ist im Einverständnis mit dem Kuratorium zu regeln. Ein Honorar wird für die Urlaubszeit nicht gezahlt (vgl. die Bestimmung unter III 3).

6. Etwaige Verhinderung, den Dienst zu versehen, hat der Arzt so rechtzeitig dem Aufsichtsarzte mitzuteilen, daß für Ersatz gesorgt werden kann. Die Dienstaussetzung ist nur aus dringenden Gründen zulässig.

7. Der Arzt muß alle Anweisungen, welche für den Dienst und für den Geschäftsbetrieb in den Rettungsstellen erlassen werden, als für sich verbindlich anerkennen.

8. Die diensttuenden Ärzte jeder Rettungsstelle haben im Falle eintretender Vakanz in ihrer Gesamtheit das Recht, Vorschläge für die Wahl des Aufsichtsarztes und seines Stellvertreters zu machen.

IV. Meldung und Zulassung zum Dienste. Die Meldungen sind dem Kuratorium einzureichen, sollen möglichst für eine bestimmte Rettungsstelle abgegeben werden und sind der Reihenfolge nach in eine Liste einzutragen. Die Einberufung erfolgt durch das Kuratorium nach Bedarf. Das Kuratorium wird sich in der Regel nach der Reihenfolge der Meldung richten.

V. Aufsichtsarzt. Für jede Rettungsstelle wird vom Kuratorium ein Aufsichtsarzt und ein Stellvertreter für diesen gewählt; hierbei sollen Vorschläge aus den diensttuenden Ärzten der Rettungsstelle nach Möglichkeit berücksichtigt werden. Die Bestellung erfolgt auf 2 Jahre. Wird von keiner Seite mindestens 3 Monate vor Ablauf gekündigt, so gilt der Vertrag immer stillschweigend als auf ein Jahr verlängert.

Der Aufsichtsarzt, welcher außerhalb seiner Tätigkeit als solcher zu mindestens 30 Tagesdienststunden im Kalendermonat auf seiner Rettungsstelle verpflichtet ist, übt die Aufsicht über den Dienst in der Rettungsstelle und über die sanitären Einrichtungen daselbst, führt die örtliche Verwaltung der Rettungsstelle und vermittelt den Verkehr der diensttuenden Ärzte und Heilgehilfen mit dem Kuratorium. Die Einzelheiten in bezug auf Rechte und Pflichten der Aufsichtsärzte werden durch eine Dienstanweisung geregelt.

Für seine Tätigkeit als solcher erhält der Aufsichtsarzt eine Entschädigung von 800 Mark jährlich, welche für die Zeit der Behinderung an den Stellvertreter gezahlt wird.

VI. Ärztliche Direktoren. Als Beirat in medizinischen Angelegenheiten des städtischen Rettungswesens können ärztliche Direktoren bestellt werden. Zu ihren Aufgaben gehören folgende:

a) Sie sind Vorgesetzte sämtlicher diensttuender Ärzte und Aufsichtsärzte. Als solche haben sie insbesondere darauf zu achten, daß der ärztliche Dienst nach den vom Kuratorium und den Gemeindebehörden erlassenen Bestimmungen ordnungsmäßig ausgeübt wird und daß in den ärztlichen Verrichtungen auf sämtlichen Rettungsstellen die erforderliche Einheitlichkeit herrscht.

b) Sie sind die Mittelspersonen zwischen den Rettungsstellen und dem Kuratorium in allen ärztlichen Angelegenheiten.

c) Sie haben die Oberaufsicht über die sanitären Einrichtungen sämtlicher Rettungsstellen, insbesondere auch über das Instrumentarium, das Verbandmaterial und die Medikamente; sie haben die von den Aufsichtsärzten in dieser Beziehung gestellten Anträge zu begutachten und erforderlichenfalls selbst Anträge an das Kuratorium zu stellen.

d) Sie haben alle Angelegenheiten ärztlicher Natur, die ihnen vom Kuratorium zugeschrieben werden, zu begutachten.

e) Sie sind Vorgesetzte der Heilgehilfen, soweit deren Hilfstätigkeit bei den ärztlichen Verrichtungen und bei der Aufbewahrung usw. der Instrumente und Verbandstoffe in Betracht kommt.

f) Bei Massenunfällen und bei besonderen Rettungseinrichtungen anläßlich öffentlicher Veranstaltungen liegt ihnen die ärztliche Oberleitung ob.

g) Sie sind auch die ärztlich-technischen Berater des Kuratoriums hinsichtlich der Sanitätsstuben und der Rettungsstationen an den Wasserläufen.

h) Sie wohnen den Sitzungen des Kuratoriums und der Beschwerdekommission mit beratender Stimme bei.

Die ärztlichen Direktoren werden auf Vorschlag des Kuratoriums vom Magistrat gewählt. Die Einzelheiten werden durch den Dienstvertrag geregelt. Der Erlaß einer Dienstanweisung bleibt vorbehalten.

Jede Rettungsstelle beschäftigt zwei Heilgehilfen, die abwechselnd nach einem bestimmten Dienstplane arbeiten. Außerdem sind noch zwei wandernde Heilgehilfen angestellt, welche auf besonders frequentierten Stellen Aushilfsdienste leisten. Für die ge-

samten künftigen Kosten des Berliner Rettungswesens sind 220 000 Mark ausgeworfen, die sich ungleich auf die einzelnen Wachen verteilen.

Zahl der Fälle.

	Unfall-stationen	Rettungs-gesellschaft
1897	20 043	—
1898	31 025	—
1899	38 156	—
1900	45 589	—
1901	46 349	10 764
1902	46 971	9 416
1903	54 159	10 942
1904	54 678	11 431
1905	56 754	19 896
1906	60 818	—
1907	58 560	13 940
1908	57 426	12 726
1909	50 487	13 692
1910	39 806	17 572

Im Laufe der Jahre, namentlich während des Krieges und in den Anfängen der Nachkriegszeit, änderten sich mehrere Einzelheiten. Doch blieben in großen Zügen die Hauptpunkte der Organisation die gleichen. Über die Benutzung der Rettungsstellen in ihrer alten Form gibt die nebenstehende Tabelle Auskunft, die lediglich geschichtliches Interesse hat.

Die Mehrzahl aller Fälle gehörte ins Bereich der Chirurgie. So fielen von den 17572 Fällen des Jahres 1910 bei den Rettungswachen 15114 in dies Gebiet, 2047 Fälle betrafen innere Erkrankungen, 104 Geburten, 128 Vergiftungen, 73 Morde und Selbstmorde.

In dem Rettungswesen Alt-Berlins behandelt:

	1918	1924	1925
Äußere Fälle	45 297	65 609	80 307
Innere Fälle	10 295	13 057	16 321
Selbstmorde und Selbstmordversuche	517	801	1 043
Alkoholismus	—	1 982	2 324
Geburtshilfe	559	718	587
Massenunfälle	149	24	15
Überhaupt	56 781	90 322	114 188
Davon bei Nacht	8 449	7 360	36 989
Abweisungen	36	126	56
Innerhalb der Wachen	—	86 496	105 520
Außerhalb	—	6 721	8 628

Außerdem wurden Schutzbehandlungen gegen Geschlechtskrankheiten ausgeführt:

1924: 11 181 1925: 13 604

Die Istausgabe betrug 417 914 R.-M., die Isteinnahme 124 615 R.-M.

Der Hauptwert der seither durchgeführten Berliner Einrichtung liegt in der planmäßigen Organisation der Hilfe bei eingetretenen oder drohenden Massenunfällen einschließlich von Kämpfen. Hier hat die Tatkraft des derzeitigen Leiters des Rettungswesens in den letzten Jahren die Probe zu bestehen gehabt und bestanden.

In Einrichtung und Betrieb unterscheiden sich grundsätzlich andere Großstädte nicht wesentlich; die Unterschiede sind überwiegend quantitativ und liegen ferner darin, daß die Rettungsstellen oft bei der Bevölkerung weniger bekannt und volkstümlich geworden sind.

Angefügt seien noch im Wortlaute der heute für Berlin geltende Vertrag mit den diensttuenden Ärzten, die Dienstanweisung für die Ärzte der städtischen Rettungsstellen, die Dienstanweisung für die Heilgehilfen und der letzte Haushaltablauf für den Abschnitt Rettungswesen.

Vertrag mit diensttuenden Ärzten des Rettungswesens der Stadt Berlin.

Zwischen der Stadtgemeinde Berlin, vertreten durch den Magistrat, dieser vertreten durch die Deputation für das Gesundheitswesen, und dem praktischen Arzte Herrn Dr. med. ....., geboren am .... zu ..... Kreis ....., staatsangehörig in ....., approbiert

im Jahre .... im Deutschen Reiche, wohnhaft in ....., ...-Str. Nr. .., wird folgender Vertrag abgeschlossen:

§ 1. Die Beschäftigung als Arzt im Rettungswesen der Stadt Berlin erfolgt im Wege des Privatdienstvertrages; es besteht weder die Absicht, noch nach den bestehenden Vorschriften die Möglichkeit, eine Beamtenstellung zu gewähren oder auch nur in Aussicht zu stellen. Ein Anspruch auf Anerkennung oder Behandlung als Beamter oder Festangestellter oder auf Ruhegehalt, Ruhegeld oder Hinterbliebenenfürsorge besteht nicht.

§ 2. Der Arzt hat den Dienst in eigener Person zu leisten, eine Stellvertretung ist nicht zulässig, jedoch kann in Fällen nicht länger als dreitägiger Behinderung mit Zustimmung des Direktors des Rettungsamtes unter Fortgewährung der Vergütung an den Arzt die Vertretung durch die auf der betreffenden Rettungsstelle tätigen Ärzte erfolgen oder ein anderer im Deutschen Reiche approbierter Arzt von dem Arzt auf dessen Kosten zum Vertreter bestellt werden. Im übrigen besteht ein Anspruch auf die Vergütung auch dann nicht, wenn der Arzt durch einen in seiner Person liegenden Grund kürzere oder längere Zeit ohne sein Verschulden (§ 616 BGB.) an der Dienstleistung verhindert wird. Die etwa erforderlich werdende Vertretung wird durch das Rettungsamt geregelt.

§ 3. Der Arzt hat in der ihm zugewiesenen Rettungsstelle des Magistrats Dienst zu tun. Er ist verpflichtet, nach der Maßgabe der bestehenden Dienstanweisung bei Unfällen, plötzlichen Erkrankungen sowie akuten Verschlimmerungserkrankungen jedem die Rettungsstelle in Anspruch nehmenden Kranken die erste Hilfe zu gewähren, nötigenfalls auch außerhalb der Rettungsstelle sowohl innerhalb des dieser Rettungsstelle zugewiesenen Zuständigkeitsbezirkes als auch innerhalb der Zuständigkeitsbezirke der benachbarten Rettungsstellen. Ablehnungen von Hilfeleistungen in diesen Fällen sind unzulässig. Im einzelnen sind die in der Dienstanweisung für die Ärzte der städtischen Rettungsstellen enthaltenen Dienstvorschriften und die in bezug auf die Dienstverrichtung etwa ergehenden Verfügungen des Rettungsamtes maßgebend.

§ 4. Der Arzt ist nicht berechtigt, die Vornahme ärztlicher Hilfeleistung den Heilgehilfen zu übertragen. Eine Nachbehandlung und ein Erbieten dazu darf nicht stattfinden. Stellt sich bei Gelegenheit der ersten Hilfeleistung die Notwendigkeit einer Nachbehandlung heraus, so soll der Arzt den Erkrankten auf die Notwendigkeit weiterer ärztlicher Behandlung aufmerksam machen. Empfehlung an bestimmte Privatärzte ist unstatthaft.

Die Ärzte sind verpflichtet, auf Verlangen der die Rettungsstelle in Anspruch Nehmenden in denjenigen Fällen, in denen dieses nicht zu umgehen ist, kurze Befundatteste in der Rettungsstelle auszustellen. Dies kommt nur für solche Patienten in Frage, die vorher in der Rettungsstelle ärztlich versorgt worden sind. Für diese Atteste ist für die Rettungsstelle ein den Sätzen der Gebührenordnung entsprechender Betrag einzuziehen. Bestellung Attestsuchender in die Wohnung des Arztes ist ebenso wie die Nachbehandlung verboten.

§ 5. Der Arzt verpflichtet sich, täglich mindestens $2^1/_2$ Stunden auf der Rettungsstelle nach Maßgabe eines unter Mitwirkung der beteiligten Ärzte zu erlassenden Dienstplanes Tagesdienst und Nachtdienst von $8^1/_2$ Uhr abends bis 8 Uhr vormittags in einem Turnus, der sich entsprechend der Anzahl der auf einer Rettungsstelle vorhandenen Ärzte wiederholt, zu tun.

§ 6. Die Ausübung der Privatpraxis ist dem Arzt während seiner Dienstzeit nicht gestattet. Wird der Arzt während seiner Dienststunden zu einem dringenden Besuche eines seiner eigenen Patienten aufgefordert, so ist dieser Besuch für die Rettungsstelle auszuführen, sofern der Kranke sich in dem Zuständigkeitsbezirk dieser Rettungsstelle befindet; befindet sich der Kranke in dem Zuständigkeitsbezirke einer anderen Rettungsstelle, so soll der Arzt tunlichst diese Rettungsstelle zur Ausführung dieses Besuches veranlassen.

§ 7. Von einer Verlegung seiner Wohnung hat der Arzt sofort dem Rettungsamt schriftlich Anzeige zu erstatten.

Alle Anträge und Anzeigen an den Magistrat sind durch das Rettungsamt vorzulegen.

§ 8. Der Arzt muß nach Ablauf seiner Dienststunden mindestens $^1/_4$ Stunde auf seinen Nachfolger warten, eine Vergütung hierfür wird nicht gewährt. Der Arzt ist in dienstlicher Beziehung allen Anordnungen des Magistrats oder des diesem unterstellten Aufsichtsorgans unterworfen.

§ 9. Der Rettungdienst auf jeder Rettungsstelle wird durch 5 Ärzte versehen. Dieselben erhalten für ihre Dienstleistung 45% der jeweiligen Anfangsbezüge der Gruppe 10 (Grundgehalt, Ortszuschlag, Ausgleichszuschlag und örtlicher Sonderzuschlag). Kinder- und Frauenbeihilfe werden nicht gewährt. Die Vergütungen werden monatlich nachträglich gezahlt.

§ 10. Als zuständige Ärzteorganisation wird der Verein der Berliner Rettungsärzte angesehen.

Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrage und zur Erledigung von Beschwerden tritt eine sechsgliedrige Kommission zusammen, bestehend aus 3 Vertretern der Deputation für das Gesundheitswesen und 3 Vertretern des Vereins Berliner Rettungsärzte unter Vorsitz eines Vertreters der Deputation.* Ergibt sich Stimmengleichheit, so hat erneute Verhandlung

unter Zuziehung eines unparteiischen Obmannes stattzufinden. Einigen sich die Parteien über die Person des Obmannes nicht, so ist der Präsident des Amtsgerichts Berlin-Mitte um Stellung eines unparteiischen Obmanns zu ersuchen.

§ 11. Die Vertragsdauer wird vom 1. April 192. auf ein Jahr festgesetzt. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn er nicht von einem Teil unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Wochen schriftlich gekündigt wird.

Im Falle des Vorliegens eines wichtigen Grundes im Sinne des § 626 BGB. auf seiten des dienstverpflichteten Arztes steht dem Direktor des Rettungsamtes bis zur Kündigung durch den Magistrat das Recht zu, den Arzt vorläufig von der Ausübung des Dienstes zu entbinden. Bei Schließung einer Rettungsstelle oder Zusammenlegung von Rettungsstellen kann die Kündigung mit Frist von 4 Wochen, aber nur zum Schluß des Quartals, erfolgen.

§ 12. Dem vertraglich verpflichteten Arzt steht ein 14tägiger Urlaub ohne Gehaltsabzug zu. Vertretung wird durch das Rettungsamt gestellt.

§ 13. Dieser Vertrag wird nur in diesem einen Exemplar ausgefertigt. Der Arzt erhält jedoch eine Abschrift des Vertrages. Die für diesen Vertrag etwa erforderlichen Stempelkosten *trägt der Arzt.*

Berlin, den ..... 192. Berlin, den ..... 192.

....

Magistrat. (Unterschrift des Arztes.)

Dienstanweisung für die Ärzte der städtischen Rettungsstellen.

I. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Auf den städtischen Rettungsstellen dürfen nur approbierte Ärzte Dienst tun.

§ 2. Vorgesetzte Behörde aller im Rettungswesen tätigen Ärzte ist der Ausschuß für das Rettungswesen und in dessen Auftrag der Direktor. Die Stadtärzte beaufsichtigen nebenamtlich die Rettungsstellen ihres Bezirkes.

II. Die Ausübung des ärztlichen Dienstes.

§ 3. Der Umfang der dienstlichen Verpflichtungen des Arztes ergibt sich aus seinem Dienstvertrage.

§ 4. Maßgebend für die Ausübung des Dienstes ist der Dienstplan, der von dem Stadtarzt nach Besprechung mit den diensttuenden Ärzten der Rettungsstelle für *drei* Monate im voraus aufgestellt wird, sobald er vom Direktor genehmigt ist. Eine Abschrift des Dienstplanes hängt für jedes Vierteljahr auf der Rettungsstelle aus.

§ 5. Ist der Arzt auf kurze Zeit verhindert, den Dienst nach seinem Dienstplan auszuüben, so hat er einen der Rettungsstelle zugeteilten Arzt zu der Übernahme der Vertretung zu veranlassen oder äußerstenfalls das Rettungsamt zu ersuchen, für Ersatz zu sorgen. Ist Gefahr vorhanden, daß die Rettungsstelle ohne Arzt sein werde, so ist der Direktor ohne Verzug auf kürzestem Wege zu benachrichtigen. Längere Vertretung regelt das Rettungsamt.

§ 6. Die Ärzte sind zur pünktlichen Einhaltung ihrer planmäßigen Dienststunden verpflichtet.

§ 7. Der Arzt ist verpflichtet, ehe er nach Beendigung seines Dienstes die Rettungsstelle verläßt, in das auf jeder Rettungsstelle zu führende Dienstkontrollblatt eigenhändig seinen Namen in die Spalte der Stunden einzutragen, während deren er tatsächlich Dienst getan hat, unter Angabe von Dienstbeginn und Dienststunde.

Das Dienstkontrollblatt ist eine amtliche Urkunde.

§ 8. Der Arzt darf die Rettungsstelle während des Dienstes nur aus dienstlichen Gründen verlassen.

§ 9. Die Ärzte haben vor dem Antritte eines Urlaubs rechtzeitig, d. h. in der Regel mindestens 8 Tage vor Antritt des Urlaubs, dem Rettungsamt Mitteilung zu machen, damit dieses die Vertretung regelt.

III. Ärztliche Verrichtungen.

§ 10. Die Ärzte haben während ihrer Dienstzeit bei Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und Geburten jedem die Rettungsstelle in Anspruch nehmenden Kranken, nötigenfalls auch außerhalb der Dienststelle, die erste Hilfe zu gewähren. Hierbei haben sie den an sie gestellten Anforderungen nach bestem Wissen und Können zu entsprechen; sie haben sich vor Augen zu halten, daß Hilfesuchende in dieser Lage ganz besonderer Rücksichtnahme bedürfen und daß Abweisungen nur in den äußersten Fällen und nur dann am Platze sind, wenn es sich wirklich um veraltete Erkrankungen handelt. Aber auch in solchen Fällen ist sorgfältig zu prüfen, ob nicht durch eine Abweisung der Betreffende einen Schaden an seiner Gesundheit erleiden kann. In diesen Fällen ist die Abweisung zu unterlassen. Auch wird auf das subjektive Empfinden der Hilfesuchenden im weitesten Maße Rücksicht zu

nehmen sein. Stellt sich in geburtshilflichen Stellen die Notwendigkeit einer sehr langen Anwesenheit des Arztes bei der Kreißenden heraus, so hat er im Interesse des Rettungsdienstes auf alsbaldige Hinzuziehung eines Privatarztes, bei Unbemittelten der Frauenklinik oder der Charité, zu dringen. Bevor der hinzugerufene zweite Arzt aber eintrifft, darf er die Kreißende nicht verlassen.

Bei Hilfeleistung außerhalb der Rettungsstelle ist die Rettungstasche mitzunehmen, wenn sich nicht aus der Bestellung unzweifelhaft ergibt, welcher Art die verlangte Hilfeleistung ist. Besuche nach Orten, die mehr als 2 Kilometer von der Rettungsstelle entfernt liegen, können abgelehnt werden, wenn keine Fahrgelegenheit vorhanden ist.

§ 11. Der Bezirk der Rettungsstelle ist aus dem Stadtplan und aus dem Straßenverzeichnis, die jeder Rettungsstelle zugestellt sind, ersichtlich. Das Elisabeth-Krankenhaus, das St.-Hedwigs-Krankenhaus, das Jüdische Krankenhaus, das Krankenhaus Bethanien und das Augusta-Hospital haben keinen eigenen Bezirk erhalten, da sie nicht in der Lage sind, Hilfe nach außen zu leisten. Das Paul Gerhard-Stift hat sich bereit erklärt, soweit irgendmöglich Hilfe nach außen zu leisten. In den Fällen, in denen es hierzu nicht in der Lage ist, sind die benachbarten Rettungsstellen verpflichtet, auch in seinem Bezirke Hilfe nach außen zu leisten.

Wird eine Rettungsstelle von einer außerhalb ihres Bezirkes belegenen Stelle in Anspruch genommen, so ist die Hilfe stets zuzusagen, aber nur dann zu leisten, wenn es nicht gelingt, die zuständige Rettungsstelle telephonisch zu verständigen.

Die Vorschriften über das Verfahren bei Massenunfällen bleiben unberührt (§ 15).

§ 12. Anscheinend Betrunkene, die durch die Polizei einer städtischen Rettungsstelle zugeführt werden, sind in folgender Weise zu behandeln:

1. Der diensttuende Arzt untersucht die zugeführte Person daraufhin, ob die Überführung nach einem Krankenhause zur stationären Behandlung erforderlich ist, ob *vorübergehende* ärztliche Beobachtung in der Rettungsstelle notwendig erscheint oder ob ärztliche Hilfe nicht nötig ist.

2. Ist die ärztliche Hilfe nicht nötig, so hat der Arzt dies dem Polizeibeamten mitzuteilen, der alsdann nach den für ihn maßgebenden Vorschriften verfährt.

3. Ist nach der ärztlichen Entscheidung Überführung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung erforderlich, so ist durch die Rettungsstelle bei der städtischen Zentralmeldestelle anzufragen, in welchem Krankenhause ein geeigneter Platz frei ist; die Überführung hat alsdann der Polizeibeamte zu besorgen.

4. Erscheint vorübergehende ärztliche Beobachtung notwendig, so ist der Betrunkene einstweilen in einem dazu geeigneten Raume auf der Rettungsstelle zu behalten und nach Beendigung der Beobachtung zu entlassen; oder aber es ist, wenn sich während des Aufenthaltes auf der Rettungsstelle die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung herausstellt, alsdann seine Überführung nach einem Krankenhause zu veranlassen. Hierzu ist die Mitwirkung der Polizei nachzusuchen. Diese ist zur Hilfeleistung verpflichtet. Sollten bei der Zuführung des Betrunkenen die auf der Rettungsstelle geeigneten Räume bereits besetzt sein, so ist die Überführung nach der nächsten Rettungsstelle zur vorübergehenden Beobachtung zu veranlassen, sofern nicht Krankenhausbehandlung nötig ist.

§ 13. Wegen der Überführung Geisteskranker und der Geisteskrankheit verdächtiger Personen, die eine Rettungsstelle aufsuchen oder ihr zugeführt werden, gilt nachstehende Verfügung der Gesundheitsdeputation:

„Um die hohen Transportkosten zu sparen, sind Personen mit pathologischen Rauschzuständen, epileptischen Krampfanfällen und sonstigen akut einsetzenden vorübergehenden Geistestörungen, wenn irgend angängig, nicht in die meist sehr entfernt liegenden Irrenanstalten bzw. Anstalt für Epileptische zu verbringen, sondern in die nachstehend genannten Krankenhäuser. Selbstverständlich sind derartige Personen, falls sie sich zufälligerweise beim Einsetzen der Erkrankung in der Nähe einer Irrenanstalt befinden, nach dort zu verbringen. Für die einzelnen Verwaltungsbezirke sind folgende Krankenhäuser zuständig:

1. Rudolf Virchow-Krankenhaus: für den Verwaltungsbezirk Tiergarten, Wedding.
2. Krankenhaus im Friedrichshain: für den Verwaltungsbezirk Mitte, Prenzlauer Berg, Friedrichshain, Kreuzberg.
3. Krankenhaus Westend: für den Verwaltungsbezirk Charlottenburg und Wilmersdorf.
4. Krankenhaus Spandau: für den Verwaltungsbezirk Spandau.
5. Krankenhaus Schöneberg: für den Verwaltungsbezirk Schöneberg, Zehlendorf, Steglitz.
6. Krankenhaus Neukölln: für den Verwaltungsbezirk Tempelhof, Neukölln, Treptow.
7. Krankenhaus Lichtenberg: für den Verwaltungsbezirk Köpenick, Lichtenberg (soweit nicht direkte Aufnahme in Herzberge oder Wuhlgarten).
8. Krankenhaus Weißensee: für den Verwaltungsbezirk Weißensee.
9. Krankenhaus Reinickendorf: für den Verwaltungsbezirk Reinickendorf (soweit nicht direkte Aufnahme in der Irrenanstalt Dalldorf).

10. Irrenanstalt Buch: für den Verwaltungsbezirk Pankow.

§ 14. Falls ein Verunglückter oder Erkrankter innerhalb der Rettungsstelle verstirbt oder eine Leiche in die Rettungsstelle gebracht wird, hat der diensttuende Arzt sofort das nächste Polizeirevier zu benachrichtigen. In der Feststellung der bei der Leiche vorgefundenen Papiere und Wertgegenstände hat das Personal der Rettungsstelle die Polizeibeamten zu unterstützen. Die näheren Anordnungen wegen Fortschaffung der Leiche zu treffen ist Sache der Polizei.

§ 15. Über das Verfahren bei Massenunfällen bestimmt die in der Rettungsstelle aushängende Anweisung.

§ 16. In den städtischen Rettungsstellen wird nur *erste* Hilfe geleistet. Irgendwelche Nachbehandlung von Kranken, die die Rettungsstelle in Anspruch genommen haben, sowohl außerhalb als innerhalb der Rettungsstelle, ist unstatthaft; ebensowenig darf durch die diensttuenden Ärzte ein Erbieten zur Nachbehandlung stattfinden.

In den Räumen der städtischen Rettungsstellen ist jede private Behandlung, sei es im Anschluß an die erste Hilfe, sei es anderweit, verboten.

§ 17. Wenn als geeignete Stelle für die Nachbehandlung ein Krankenhaus in Betracht kommt, so ist die dafür besonders erlassene Anweisung zu beachten.

§ 18. In Fällen, in denen der Transport eines Kranken von dem Arzt selbst zu veranlassen ist, sind — abgesehen von dringenden Fällen — Krankenwagen nur dann zu bestellen, wenn Kostendeckung vorhanden ist.

Krankenwagen sind ausschließlich beim Rettungsamt zu bestellen.

IV. Berechnung der Gebühren, Buch- und Kassenführung.

§ 19. Die Leistung der ersten Hilfe durch die städtischen Rettungsstellen darf nicht von einer vorherigen Bezahlung abhängig gemacht werden.

Nach Leistung der ersten Hilfe sind in jedem Falle:

1. die dafür zu entrichtenden Gebühren zu berechnen;

2. gleichviel, ob die Hilfe geleistet ist oder ob Abweisung erfolgt ist, die erforderlichen Eintragungen in die vorgeschriebenen Bücher zu bewirken.

Die näheren Vorschriften trifft die Verwaltungsordnung.

V. Ausstellung von Attesten.

§ 20. Die Ausstellung von Attesten ist auf das äußerste Maß zu beschränken (vgl. Vertrag).

VI. Ordnungsvorschriften.

§ 21. Die Ärzte sind im Dienst — unbeschadet des Eingreifens der vorgesetzten Leiter des Dienstes auf der Rettungsstelle — für die Einhaltung der geltenden Vorschriften und der Ordnung auf der Rettungsstelle verantwortlich. Sie sind Vorgesetzte der Heilgehilfen, die ihren Weisungen Folge zu leisten haben. Die Verwendung der Heilgehilfen zu privaten Dienstleistungen ist verboten.

§ 22. Die Ärzte sind verpflichtet, während ihres Dienstes innerhalb der Rettungsstelle den ihnen gelieferten Arztmantel zu tragen.

§ 23. Die diensttuenden Ärzte sind verpflichtet, das Inventar und Instrumentarium der Rettungsstelle mit der größten Vorsicht zu behandeln und auf dessen gute Erhaltung ihr Augenmerk zu richten. Sie sind auch verpflichtet, bei dem Gebrauch von Verbandstoffen in tunlichst sparsamer Weise vorzugehen, es darf aber hierdurch die Sorgfalt in der Anlegung von Verbänden nicht leiden. Mängel haben sie sofort dem Rettungsamt zu melden.

§ 24. Wünsche betreffend Beschaffung neuer Instrumente oder Medikamente sind durch den Stadtarzt bei dem Direktor anzubringen. Dem Stadtarzte ist auch gegebenenfalls durch Vermittlung des Heilgehilfen von dem Unbrauchbarwerden eines Instrumentes Kenntnis zu geben.

§ 25. Die Vorschriften der Verwaltungsordnung sind auch für die Ärzte in allen Punkten, von denen sie betroffen werden, maßgebend. Besonders haben die Ärzte die darin enthaltenen Bestimmungen über die Buch- und Kassenführung und über die Berechnung der Gebühren, sowie besonders auch die Bestimmung über den Verkehr mit der Presse und über die Benachrichtigung von Angehörigen zu beachten.

§ 26. Diese Dienstanweisung tritt sofort in Kraft.

Berlin, den 1. Juni 1924. *Magistrat.*

Dienstanweisung für die Heilgehilfen der städtischen Rettungsstellen.

I. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Auf den städtischen Rettungsstellen dürfen nur von der Deputation für das Rettungswesen eingestellte staatlich geprüfte Heilgehilfen oder Vertreter Dienst tun.

§ 2. Der Heilgehilfe ist in dienstlicher Beziehung allen Anordnungen der Deputation

für das Gesundheitswesen (Rettungsamt) und der von ihr bestellten Aufsichtsorgane unterworfen. Sein unmittelbarer Vorgesetzter ist der Direktor des Rettungsamtes. Im Dienst ist er der Anweisung und der Aufsicht des diensttuenden Arztes unterworfen.

II. Die Ausübung des Dienstes.

§ 3. Der Heilgehilfe hat auf der Rettungsstelle, der er jeweilig überwiesen ist, nach Maßgabe eines für einen oder mehrere Monate im voraus festgestellten Dienstplanes Dienst zu tun (s. § 4).

Der Heilgehilfe ist zur pünktlichen Einhaltung seiner planmäßigen Dienststunden verpflichtet; er hat bis zum Eintreffen des Nachfolgers evtl. in besonderen Fällen auch länger, über die Dienststunden hinaus, zu arbeiten, ohne daß ein Anspruch auf besondere Vergütung besteht.

Eine etwaige Behinderung zur Dienstleistung hat der Heilgehilfe so rechtzeitig dem Rettungsamt anzuzeigen, daß für Ersatz gesorgt werden kann. Der Heilgehilfe darf jedoch niemals einen Vertreter auf die Rettungsstelle entsenden oder eine andere Person mit seiner Vertretung daselbst beauftragen.

Der Deputation für das Gesundheitswesen (Rettungsamt) steht es frei, den Heilgehilfen jeder Zeit nach einer anderen städtischen Rettungsstelle zu versetzen.

Dem Heilgehilfen liegen insbesondere folgende Geschäfte ob:

1. Hilfeleistung bei den ärztlichen Verrichtungen, wobei er die Anordnungen der diensttuenden Ärzte zu beachten hat.

2. Reinigung der Instrumente nach näherer Anordnung der diensttuenden Ärzte.

3. Hilfeleistung bei der Verwaltung des Instrumentariums, der Verbandstoffe und Medikamente unter Anleitung und Aufsicht des Rettungsamtes.

4. Beaufsichtigung der Reinigungspersonen und der ordnungsmäßigen Verwendung der Feuerungsmaterialien.

5. Buch- und Kassenführung nach Maßgabe der hierüber vom Rettungsamt erlassenen Anweisung unter Aufsicht und Kontrolle des Rettungsamtes.

Der Heilgehilfe ist verpflichtet, während des Dienstes die gelieferte Dienstkleidung zu tragen und hat darauf zu achten, daß sie sich stets in einem sauberen Zustande befindet.

In dringenden Fällen ist der Direktor des Rettungsamtes zur sofortigen vorläufigen Ausschließung des Heilgehilfen vom Rettungsdienst berechtigt.

Alle Anträge und Anzeigen an den Magistrat sind durch Vermittlung des Direktors des Rettungsamtes vorzulegen.

§ 4. Maßgebend für die Ausübung des Dienstes ist der Dienstplan, der für 3 Monate im voraus aufgestellt wird, sobald er vom Rettungsamt genehmigt ist. Eine Abschrift des genehmigten Dienstplanes hängt für jedes Vierteljahr auf der Rettungsstelle aus.

§ 5. Der Heilgehilfe ist verpflichtet, nach Beendigung seines Dienstes in das Dienstkontrollblatt eigenhändig seinen Namen in die Spalte der Stunden einzutragen, während deren er tatsächlich Dienst getan hat.

Das Dienstkontrollblatt ist eine amtliche Urkunde. Die Eintragungen müssen daher stets in der sorgfältigsten Weise erfolgen.

§ 6. Der Heilgehilfe darf die Rettungsstelle während des Dienstes nicht verlassen, außer in dringenden, im Interesse des Rettungswesens liegenden Fällen.

III. Hilfeleistungen bei den ärztlichen Verrichtungen.

§ 7. Wird ein Verletzter oder ein Erkrankter einer Rettungsstelle durch einen Wagen zugeführt, so hat der Heilgehilfe seine Überführung von dem Wagen in die Rettungsstelle zu bewirken und dabei Hilfe zu leisten. Dasselbe gilt, wenn ein Behandelter durch einen Wagen weiterbefördert werden muß.

Auf Ersuchen hat der Heilgehilfe dem Wagenführer eine kurze Bescheinigung über die erfolgte Einlieferung zu erteilen.

§ 8. Der Heilgehilfe darf bei Anwesenheit des Arztes in der Rettungsstelle keinerlei Hilfsmaßnahmen ausüben, auch keinerlei Rat erteilen, sondern hat in jedem Falle sofort den Arzt zu benachrichtigen und alsdann nach seinen Anordnungen zu verfahren. Ausgenommen hiervon ist die Schutzbehandlung (Delegon).

Bei Abwesenheit des Arztes ist der Heilgehilfe in dringenden Fällen, die ein Eingreifen des Arztes nicht unbedingt gebieten, berechtigt, selbst die erforderlichen Maßnahmen vorläufig zu treffen. Anderenfalls ist der Arzt der nächstgelegenen Rettungsstelle telephonisch herbeizurufen.

§ 9. Wird die Hilfeleistung der Rettungsstelle nach außen verlangt, so hat der Heilgehilfe die nötigen Aufzeichnungen zu machen, die Hilfe zuzusagen und sofort den Arzt zu benachrichtigen.

Ist in solchen Fällen der diensttuende Arzt abwesend, so hat er auf jeden Fall die nächstgelegene Rettungsstelle zu benachrichtigen. Wird eine Rettungsstelle von einer anderen

Rettungsstelle in Anspruch genommen, so hat der Heilgehilfe den Arzt sofort zu benachrichtigen, der das erforderliche veranlassen wird.

Telephonische Besuchsanforderungen von einem Ort, der außerhalb des Bezirkes der angerufenen Rettungsstelle liegt, sind anzunehmen und der zuständigen Rettungsstelle unverzüglich zuzuweisen.

§ 10. Falls in Abwesenheit des Arztes ein Verunglückter oder Erkrankter innerhalb der Rettungsstelle verstirbt oder eine Leiche in die Rettungsstelle gebracht wird, so hat der Heilgehilfe sofort das nächste Polizeirevier zu benachrichtigen.

In der Feststellung der bei Bewußtlosen und Leichen vorgefundenen Papiere und Wertgegenstände hat der Heilgehilfe die Polizei zu unterstützen. Wertgegenstände und Papiere sind bis zur Ankunft der Polizei in Verwahrung zu nehmen und den Polizeibeamten bei Eintreffen gegen Empfangsbestätigung auszuhändigen.

Die näheren Anordnungen wegen der Fortschaffung derjenigen Leichen, die dem Leichenschauhaus zuzuführen sind, sind Sache der Polizei. Andere Leichen sind durch die dazu bestimmte Firma abzutransportieren. Erfolgt die Abholung nicht innerhalb von 2 Stunden, so ist der Leichenwagen des Rettungsamtes zu bestellen.

§ 11. Über das Verfahren bei Massenunfällen bestimmt die Anweisung vom 7. Mai 1913. Der diensttuende Heilgehilfe hat besonders die ihm unter III, 3 zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

§ 12. Der Heilgehilfe darf sich weder zur Nachbehandlung erbieten noch einen Arzt empfehlen. Krankentransporte dürfen nur beim Rettungsamt bestellt werden. Der Fernsprechapparat der Rettungsstelle darf durch andere Personen nicht zur Krankenwagenbestellung bei Privatinstituten benutzt werden.

IV. Dienstleistung bei der Verwaltung der Rettungsstelle.

§ 13. Der Heilgehilfe ist verpflichtet, jeden Abend vor 10 Uhr und im Laufe jedes Vormittags zu prüfen, ob die Nachtglocke der Rettungsstelle sich in gebrauchsfähigem Zustande befindet. Stellt sich am Vormittage irgendein Mangel heraus, so hat er nach telephonischer Benachrichtigung des Rettungsamtes für die umgehende Reparatur durch einen in der Nähe wohnenden Handwerker Sorge zu tragen. Stellt sich ein derartiger Mangel bei der Abendprüfung heraus und kann alsdann eine sofortige Reparatur nicht vorgenommen werden, so hat der Heilgehilfe für die Alarmbereitschaft der Rettungsstelle zu sorgen. Eine Eintragung über das Ergebnis jeder Prüfung der Nachtglocke ist in das Dienstkontrollblatt zu machen.

Den an der Rettungsstelle etwa angebrachten Meldeapparat hat der Heilgehilfe zu bedienen.

§ 14. Der Heilgehilfe ist verpflichtet, das Inventarium und das Instrumentarium der Rettungsstelle dauernd peinlich sauber zu erhalten. Die Instrumente sind vor dem Gebrauch zu sterilisieren und nach dem Gebrauche gründlich zu reinigen.

Im besonderen hat der Heilgehilfe darauf zu achten, daß die Rettungstasche der Rettungsstelle sich in ordnungsmäßigem Zustande befindet und der Sauerstoffapparat in Ordnung ist. Auf die Notwendigkeit der Ergänzung des Inhaltes der Rettungstasche und die Beschaffung neuer Sauerstoffbomben hat der Heilgehilfe das Rettungsamt rechtzeitig aufmerksam zu machen.

§ 15. Der Heilgehilfe hat dem Rettungsamt unverzüglich Mitteilung zu machen, sobald der Vorrat an Verbandstoffen und Medikamenten zu Ende zu gehen droht.

Er ist verpflichtet, jeden dritten Tag den notwendigen Vorrat von Verbandstoffen zu sterilisieren; die Verbandstoffe sollen hierbei 40 Minuten lang strömendem Wasserdampf von über 100° C ausgesetzt sein. Auch ist der Heilgehilfe verpflichtet, jeden Betriebsfehler an dem Sterilisationsapparate unverzüglich dem Rettungsamt zu melden. Über die Vornahme der Sterilisation ist der Vermerk „Sterilisiert von .... bis .... Uhr“ in das Dienstkontrollblatt einzutragen.

§ 16. Die regelmäßige Reinigung der Rettungsstelle wird durch vom Rettungsamt hierzu besonders bestelltes Personal bewirkt. Der Heilgehilfe hat dieses Personal während seiner Tätigkeit auf der Rettungsstelle zu beaufsichtigen und, sofern sich Mängel zeigen, das Rettungsamt zu benachrichtigen. Der Heilgehilfe ist jedoch verpflichtet, nach jeder Hilfeleistung etwa verunreinigte Räume zu reinigen und blutige und beschmutzte Verbandstoffe zu entfernen.

Nach jeder Benutzung ist ferner der Bewußtlosen- und der Leichenraum vom Heilgehilfen einer gründlichen Reinigung zu unterziehen.

§ 17. Der Heilgehilfe muß das Rettungsamt auf etwa zutagetretende Mängel an den Mieträumen, den Beleuchtungsanlagen, den Heizvorrichtungen und dem Inventarium, und die Notwendigkeit der Ergänzung der Beleuchtungskörper und der Heizungsmaterialien rechtzeitig aufmerksam machen, sowie die Reinigungsfrauen auf ordnungsmäßige und sparsame Verwendung der Feuerungsmaterialien beaufsichtigen. Er hat auf äußerste Sparsamkeit bezüglich Materialverbrauch aller Art (Heizung, Beleuchtung usw.) zu achten.

V. Ordnungsvorschriften.

§ 18. Das Rauchen ist dem Heilgehilfen nur in dem ihm zugewiesenen Raum gestattet. Der Besuch durch Angehörige auf der Rettungsstelle ist auf das Notwendigste zu beschränken.

Den Besuch anderer Personen zu empfangen ist nicht statthaft.

§ 19. Der Heilgehilfe hat sich im mündlichen und telephonischen Verkehr mit dem Publikum eines höflichen und zuvorkommenden Wesens zu befleißigen.

Er ist verpflichtet, über alle Angelegenheiten, sowohl des Dienstes als der die Rettungsstelle in Anspruch nehmenden Personen, die durch seinen Dienst zu seiner Kenntnis gelangen, strengste Verschwiegenheit zu bewahren.

§ 20. Dem Heilgehilfen ist das Fordern und Annehmen von Trinkgeldern streng verboten. Er darf weder von Krankentransportinstituten noch von Sargfabrikanten, noch von Zeitungsberichterstattern Vorteile irgendwelcher Art annehmen. Zuwiderhandlungen haben nach Umständen disziplinarische Bestrafung bzw. sofortige Entlassung zur Folge.

VI. Schlußbestimmung.

§ 21. Die Vorschriften der für die Beamten und Festangestellten der Stadt Berlin vom Magistrat erlassenen Dienstordnung werden durch die „Dienstanweisung für die Heilgehilfen der städtischen Rettungsstellen" nicht berührt.

§ 22. Diese Dienstanweisung tritt sofort in Kraft.

Rettungswesen.

Wirtschaftsstelle: Rettungsamt.

Einnahme.

	Ansatz für 1926	1925	Ist für 1924
Titel I. Zentralmeldestelle.			
Für Privatferngespräche	500	400	770
Titel II. Rettungsstellen.			
1. Gebühren	194 440	166 000	195 910
2. Sonstiges	450	100	3 680
Summe Titel II	194 900	166 100	199 590
Titel III. Krankentransportwesen.			
1. Gebühren	520 000	450 000	532 290
2. Sonstiges	2 000	2 000	2 120
Summe Titel III	522 000	452 000	534 410
Titel IV. Miete	7 000	—	—
Summe der Einnahme	724 400	618 500	734 770

Ausgabe.

	Ansatz für 1926	1925	Ist für 1924
Titel I. Rettungsamt (Bureau und Zentralmeldestelle) und Depot I.			
1. Reinigung, Heizung, Beleuchtung	4 310	1 550	2 360
2. Fernsprechgebühren	20 000	19 000	19 960
3. Sonstiges	100	50	100
Summe Titel I	24 410	20 600	22 420
Titel II. Rettungsstellen.			
1. Vergütung für ärztlichen Dienst einschl. Vertretungskosten und Angestelltenversicherungsbeiträge	207 360	152 390	157 850
2. Formulare, Schreibbedarf, Porto	1 800	800	1 090
3. Mieten, Reinigung, Heizung, Beleuchtung, bauliche Unterhaltung	53 800	42 970	41 160
4. Heilgeräte, Heilmittel, Verbandstoffe	16 000	4 000	7 550
5. Hausgerät und Wäsche	3 750	3 750	3 770
6. Rettungsringe, Heilstuben, Wasserrettungsdienst	900	500	1 040
7. Vertretungskosten für Heilgehilfendienst	13 000	1 000	400
8. Rückzahlung von Gebühren und Sonstiges	8 000	5 000	4 080
Summe Titel II	304 610	210 410	217 000

Ausgabe (Fortsetzung).

	Ansatz für 1926	1925	Ist für 1924
Titel III. Krankentransportwesen.			
1. Löhne	172 240	113 000	112 020
2. Formulare, Schreibbedarf, Porto	2 500	1 200	950
3. Mieten, Heizung, Beleuchtung, Reinigung, bauliche Unterhaltung, Hausgerät	12 500	16 410	18 080
Einmalig	—	102 000	—
4. Unterhaltung der Kraftwagen	71 500	57 280	70 990
Einmalig	30 000	—	—
5. Betriebsmittel und Bereifung der Kraftwagen	65 500	51 000	75 390
6. Unterhaltung der Pferdewagen und des Pferdes	1 000	800	840
7. Wäsche	3 540	4 000	2 490
8. Unterhaltung der Bade- und Desinfektionsanlagen	700	1 000	1 140
9. Schutz- und Dienstkleidung	2 000	1 000	400
Einmalig	2 000	2 000	12 440
10. Rückzahlung von Gebühren, Versicherung, Verschiedenes	1 600	1 000	3 800
11. Beschaffung von 3 Automobilen und 1 Motorrad	—	—	50 980
Summe Titel III	365 080	350 690	349 520
Summe der Ausgabe	694 100	581 700	588 940
Abschluß.			
Einnahme	724 400	618 500	734 770
Ausgabe	694 100	581 700	588 940
Betrag	30 300	36 800	145 830
Wirtschaftlicher Abschluß.			
a) Einnahme nach dem Haushalt	724 400	618 500	734 770
b) Einnahme aus anderen Kämmereihaushalten; Kap. VI — Wirtschaftlicher Abschluß der Bezirkshaushaltspläne — für Krankentransporte und Behandlungen	146 160		
Wirkliche Einnahme	870 560	618 500	734 770
a) Ausgabe nach dem Haushalt	694 100	581 700	588 940
b) Ausgabe an andere Kämmereihaushalte (Wirtschaftlicher Abschluß):			
c) an Kap. XI, 1, für Gehälter	260 070	221 240	178 100
d) „ „ XI, 1, Vergütungen	39 780	21 430	17 000
e) „ „ XI, 2, Ruhegehälter	47 500	46 600	6 500
f) „ „ XI, 2, Ruhegelder	2 190	—	—
g) „ „ XI, 3, Sächliche Kosten	—	—	—
h) „ „ XI, 4, Desgleichen	5 000	2 500	1 060
i) „ „ XI, 3, für Wäschereinigung	2 460	—	—
k) „ „ XVII, für Schuldendienst	—	—	—
Wirkliche Ausgabe	1 051 100	873 470	791 600
Mithin wirklicher Bedarf	180 540	254 970	56 830

Über die Organisation des Rettungswesens in anderen Großstädten bringt E. Frank (5) eine Zusammenstellung. Es geht daraus hervor, daß in einer Reihe von Städten das Rettungswesen in städtischer Verwaltung steht, in anderen wieder mit städtischer Unterstützung vom Roten Kreuz oder seltener besonderen Organisationen betrieben wird. Bemerkenswert ist, daß eine Reihe von Städten nicht bloß den Krankentransport, sondern auch die Rettungswachen mit der Feuerwehr in engste Beziehung gebracht haben. Bremen besitzt 6 Unfallwachen, Breslau 4, Kassel 4, Köln 13, die alle an Krankenanstalten angegliedert sind, daneben 41 Hilfswachen und 40 öffentliche Verbandstellen. Danzig hat 7 Hauptrettungsstellen, von denen vier an Krankenhäuser angegliedert sind; Düsseldorf 24 Unfallwachen; Frankfurt a. M. eine Zentralwache und 9 Unfallwachen; Hamburg hat 8 Unfall-Krankenhäuser, zahlreiche Unfallstationen auf Polizeiwachen und eine vom Hafenkrankenhause geleitete Unfall- und Verbandstelle im Hafen selbst. In Königsberg dienen die 5 Feuerwachen zugleich als Unfallstationen; Leipzig hat 7 ständige Wachen; Magdeburg verbindet das gesamte Rettungswesen mit der Feuerwehr, ebenso München. In Nürnberg ist das Rettungswesen vom Roten Kreuz und dem Arbeiter-Sanitätsbund verwaltet unter Mitwirkung des Städtischen Gesundheitsamtes, es bestehen 3 Hauptwachen.

Erläuterungen zum wirtschaftlichen Abschluß.

	Gruppe	1926	1925
Zur Ausgabe b I:			
Direktor	12	1	1
Oberingenieur	9	1	1
Stadtinspektor	8	1	1
Stadt-Oberinspektor	8	1	1
do.	7	2	2
Stadtsekretäre	7	1	1
do.	6	2	2
Nichtplanmäßige Stadtsekretäre	6	1	1
Ober-Heilgehilfen	6	43	43
Fahrmeister	6	1	1
Stadtassistenten	5	2	2
Verwaltungsassistenten	5	9	9
Kanzleisekretär	5	1	—
Fernsprechgehilfen	5	1	—
Fernsprechgehilfinnen	4	3	4
Fernsprechgehilfen	4	2	2
Nichtplanmäßige Stadtassistenten	5	—	1
Amtsobergehilfe	4	1	1
Kanzleiassistenten	4	—	2
Hallenmeister	5	1	1
Desinfektor	5	1	1
Zusammen		76	78
Zu b 2:			
Hilfsdiener		1	1
Desinfektoren		4	4
Fernsprechgehilfen		9	7
Stenotypistin		1	—
Bureaugehife		1	—
Zusammen		16	12
Gesamtpersonal:			
Beamte		76	78
Angestellte		16	12
Arbeiter		72	62
		164	152

V. Unfallmeldedienst.

Ein unerläßliches Glied des Rettungsdienstes bilden die Einrichtungen zur schnellen Meldung von Unfällen und Massenverunglückungen an die verantwortlichen Stellen. Die Frage der zweckmäßigen Organisation hat früher die Öffentlichkeit stark beschäftigt und zu vielen Vorschlägen geführt; seit der Ausdehnung des Fernsprechbetriebes, der ja in den Großstädten bei Tag und bei Nacht zugänglich ist und auch in vielen Mittelstädten während der Nacht erreichbar wird, ist diese Frage nahezu vollständig gegenstandslos geworden. Besonderer Unfallmelder bedarf es nicht. Dort, wo das Rettungswesen mit den Feuerwachen verwaltungsmäßig oder auch nur örtlich verbunden ist, können auch die Feuermelder in den Unfallmeldedienst gestellt werden. Einige Schwierigkeiten bereitet nur das flache Land; am Tage ist auch hier die Meldung durch den Fernsprecher sehr leicht, bei Unfällen in der Nacht, die wohl verhältnismäßig selten sein werden, müssen die auf S. 281 genannten Einrichtungen für erste Hilfe als Notmaßnahmen eintreten. In Großstädten mit sehr weit verstreut liegenden Rettungswachen ist es selbstverständlich, daß bei Großalarm von der Zentrale aus auch die Nebenstellen benachrichtigt und herangezogen werden, um gemeinsam ausrücken zu können.

VI. Krankentransportwesen.

Die Einrichtungen zur Beförderung Verunglückter von der Stätte des Unfalls zur Krankenanstalt sind, wie früher ausgeführt, ein wesentlicher Teil jedes Rettungswesens; ja in Wien galten sie bei der Organisation der Rettungsgesellschaft sogar für die Hauptsache. Aber nicht nur für plötzlich Verunglückte bedarf es der Organisation eines Krankentransportwesens; auch die Mehrzahl aller Erkrankten und Verletzten, die vom Hause in die Krankenanstalt überführt werden sollen, sind als schwer Erkrankte auf gut organisierte Einrichtungen zur gesundheitsgemäßen und schnellen Beförderung in das Krankenhaus angewiesen. Und da unter ihnen die Mehrzahl Minderbemittelte oder unterstützungsbedürftig ist, so liegt hier aus anderen Gründen, als bei der Bergung Verunglückter, ein öffentliches Interesse vor. Es kann, falls für die Zwecke der Überführung in das Krankenhaus in einer Stadt das Beförderungswesen in den Händen privater Unternehmer liegt, dadurch gewahrt werden, daß die betreffende Gemeinde durch Verträge und Kostenübernahme unter allen Umständen die Beförderung auch Mittelloser sichert. Sobald aber für die Aufgaben des Rettungswesens diese Gemeinde einen eigenen Kraftwagenpark errichtet, vollzieht sich von selbst die Entwicklung dahin, daß sie auch diejenigen Kranken, bei denen ihr die Kosten der Beförderung zufallen, in den städtischen Krankentransport aus Zweckmäßigkeits- und Wirtschaftlichkeitsgründen einbezieht. Und die Krankenkassen, die bei der Ausdehnung der Sozialversicherung für mehr als die Hälfte der dem Krankenhaus zugehenden Kranken zuständig sind, pflegen unter Verzicht auf eigene Wagen auf die städtischen Einrichtungen zurückzugreifen. Während leichter Kranke oft genug die Anstalt zu Fuß oder mittels öffentlicher Verkehrsmittel, wie Straßenbahnen, aufsuchen und selbst schwer erkrankte Kinder, von der Mutter getragen, an sich ebenfalls leicht und billig in gleicher Weise ins Krankenhaus überführt werden könnten, ist diese Form der Beförderung für eine bestimmte Gruppe von Kranken gesetzlich untersagt, nämlich für *ansteckend Erkrankte*.

Die Ausführungsbestimmungen zu § 8 III Abs. 7—10 des Preußischen Seuchengesetzes vom 28. August 1908 treffen die folgende Bestimmung:

Zur Beförderung von Personen, welche nach den Bestimmungen des Gesetzes abgesondert werden können, sollen dem öffentlichen Verkehr dienende Beförderungsmittel (*Droschken, Straßen- oder Eisenbahnwagen u. dgl.*) *in der Regel nicht benutzt werden.*

Soll dennoch ein derartiger Kranker oder Krankheitsverdächtiger ausnahmsweise mit der Eisenbahn befördert werden, so darf dies von der Polizeibehörde nur unter der Bedingung gestattet werden, daß der Person ein zuverlässiger Begleiter beigegeben wird. Auch hat die Polizeibehörde den Transport dem Bahnhofsvorstand der Abfahrts- sowie demjenigen der Bestimmungsstation rechtzeitig vorher unter Angabe von Tag und Stunde der Abfahrt und Ankunft anzuzeigen. Der Bahnhofsvorstand der Abgangsstation hat dem Zugführer und dem Schaffner des Wagenabteils, in welchem die Person befördert werden soll, in einer für dieselbe schonenden Form von der Art der Erkrankung Kenntnis zu geben.

Das betreffende Wagenabteil und der Abort sind alsbald vorschriftsmäßig zu desinfizieren.

Es ist schon in seuchenfreien Zeiten darauf hinzuwirken, daß wenigstens in den größeren Städten zur Beförderung der Kranken geeignete, außen und innen desinfizierbare Fuhrwerke von Fuhrherren, Vereinen oder aus öffentlichen Mitteln bereitgehalten werden.

Dem Führer des Wagens ist nach jeder Benutzung durch einen Kranken seitens der Ortspolizeibehörde ein Schein über die Ausführung des Transports auszuhändigen, welcher binnen 24 Stunden, mit einem Ausweis über die Ausführung der Desinfektion des Fuhrwerks versehen, an die Ortspolizeibehörde zurückzugeben ist.

Und die Anlage 3 dieser Ausführungsbestimmungen, welche die Desinfektionsvorschriften zusammenfaßt, enthält in ihrer Nr. 26 die folgenden Anweisungen zur Desinfektion von Krankenwagen und Krankentragen:

Krankenwagen, Krankentragen u. dgl. Die Holz- und Metallteile der Decke, der Innen- und Außenwände, Trittbretter, Fenster, Räder usw. sowie die Lederüberzüge der Sitze und Bänke werden sorgfältig und wiederholt mit Lappen abgerieben, die mit verdünntem Kresol-

wasser, Carbolsäurelösung oder Sublimatlösung befeuchtet sind. Bei Metallteilen ist die Verwendung von Sublimatlösung tunlichst zu vermeiden. Kissen und Polster, soweit sie nicht mit Leder überzogen sind, Teppiche, Decken usw. werden mit Wasserdampf oder nach Ziffer 23 desinfiziert. Der Wagenboden wird mit Lappen und Schrubber, welche reichlich mit verdünntem Kresolwasser, Carbolsäurelösung oder Sublimatlösung getränkt sind, aufgescheuert.

Andere Personenfahrzeuge (Droschken, Straßenbahnwagen, Boote usw.) sind in gleicher Weise zu desinfizieren.

Mit der Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften zur Beförderung ansteckungsfähiger Erkrankter in besonderen, nachträglich zu desinfizierenden Fahrzeugen erwächst dem öffentlichen Krankentransportwesen die dritte Aufgabe, die ohne weiteres mit den beiden ersten sich vereinen läßt, wenngleich sie dem eigentlichen Rettungsgedanken entfernter liegt.

Nachdem über diese Zusammenfassung Klarheit gewonnen war, stellte das auf S. 279 genannte Zentralkomitee für das Rettungswesen sehr bald nach seiner Begründung die folgenden *Grundzüge für das Krankentransportwesen* auf, die ihrem Inhalte nach noch heute maßgebend für die Einrichtung sind.

Grundzüge für die Einrichtung des Krankenbeförderungswesens.

A. Allgemeines.

I. Für die zweckmäßige Organisation eines Krankenbeförderungswesens ist erforderlich, daß:

1. Krankenbeförderungsmittel und -personal möglichst schnell an den Bestimmungsort gelangen; 2. die Krankenbeförderungsmittel einschließlich Tragbahrenüberzüge, Decken und Wäsche desinfiziert werden können; 3. ein ärztlich ausgebildetes Begleit- und Trägerpersonal sowie geschultes Personal für die Desinfektion vorhanden ist; 4. das Krankenbeförderungspersonal vor Dienstantritt ärztlich untersucht und auf Pocken geimpft werde, falls dieses in den letzten 10 Jahren nicht geschehen ist; 5. jede Krankenbeförderung von 2 Personen ausgeführt wird. Es ist anzustreben, daß für kranke Frauen und Kinder weibliches Personal zur Begleitung zur Verfügung steht; 6. die Träger des Kranken und die Begleiter im Wagen wasch- und desinfizierbare Mäntel anlegen; 7. die Preise für die Benutzung der Krankenbeförderungsmittel so zu bemessen sind, daß für die Krankenbeförderung von Zahlungsfähigen eine ortsübliche Gebühr gezahlt, weniger Bemittelte zu ermäßigtem Preise, Unbemittelte umsonst befördert werden; 8. eine ständige ärztliche Überwachung stattfindet, und 9. die Desinfektion tunlichst in allen Fällen stattfindet. Sie muß stattfinden in den durch das Landesgesetz vorgeschriebenen Fällen, für Preußen nach § 1 und 8 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905 (GS. S. 373).

II. Soweit die Beaufsichtigung des Krankenbeförderungswesens nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht bereits den beamteten Ärzten obliegt, ist eine ausreichende Beteiligung derselben bei der Aufsicht anzustreben.

B. Besondere Vorschriften.

I. Für die Einrichtung in größeren Städten und Landgemeinden.

1. Eine genügende Anzahl von Krankenbeförderungsstationen ist mit dem erforderlichen und zweckentsprechenden Material und Personal im Verhältnis zur Größe der Gemeinde einzurichten.

2. Die Krankenbeförderungsstationen sind möglichst in den Krankenhäusern unterzubringen, wenn die Krankenbeförderungsmittel dort sofort nach Ausführung der Beförderung desinfiziert werden können. Ist dies nicht möglich, so sind eigene Krankenbeförderungsstationen mit Desinfektionsanstalten einzurichten. Die an Krankenhäuser angeschlossenen Krankenbeförderungsstationen sind unter besondere ärztliche Aufsicht zu stellen.

3. Das Krankenträger- und Begleitpersonal ist entweder aus der Zahl der in den Krankenhäusern vorhandenen Wärter zu entnehmen oder besonders auszubilden und anzustellen.

4. In den Krankenbeförderungsstationen ist eine genügende Zahl von Krankenbeförderungsmitteln (Fuhrwerk, Bahren usw.) unterzubringen. Die Zahl der Beförderungsmittel richtet sich nach der Größe der Stadt, der Zahl der Einwohner, der Zahl und Entfernung der Krankenhäuser und nach den örtlichen Verhältnissen.

II. Für die Einrichtung in kleineren Städten und kleineren Landgemeinden.

1. Wo die Gemeinden für eine selbständige Organisation des Krankenbeförderungswesens zu klein sind, empfiehlt sich der Zusammenschluß mehrerer Gemeinden zu einem entsprechenden Verband.

2. Die Krankenbeförderungsmittel sind am besten in denjenigen Ortschaften, in denen Krankenanstalten vorhanden sind, unterzubringen, falls diese nicht weiter als 4—5 Kilometer von den Versorgungsstellen entfernt sind. Sind solche Orte in der angeführten Entfernung nicht erreichbar, so sind die Krankenbeförderungsmittel an bestimmten Stellen, z. B. in Fabriken, Spritzenhäusern, Gemeindehäusern, Schulhäusern usw. einzustellen. Es empfiehlt sich für die Krankenbeförderung auf dem Lande, in Dörfern Land- bzw. Leiterwagen mit Improvisationseinrichtungen bereitzuhalten.

3. Das Krankenbeförderungspersonal ist, falls die Krankenbeförderungsmittel im Krankenhause sich befinden, aus dem Wärterpersonal zu entnehmen. Befinden sich die Krankenbeförderungsmittel an anderen Stellen, so sind für die Beförderung der Kranken besonders die von den großen humanitären Verbänden, dem Roten Kreuz, dem Samariter-Bunde, der Freiwilligen Feuerwehr usw., ausgebildeten Personen als Krankenträger zu benutzen, andernfalls sind geeignete Personen für diesen Dienst auszubilden.

Herstellung der Krankenbeförderungsmittel.

Anforderungen an Krankenbeförderungsmittel.

1. Die Krankenbeförderungsmittel sind so herzustellen, daß sie für die Aufnahme des Kranken genügende Bequemlichkeit bieten und nach jeder Krankenbeförderung schnell und ausgiebig desinfiziert werden können, sowie daß ihr Anblick nicht beunruhigend wirkt.

2. Die *Wagen* sind innen vollkommen glatt herzustellen; alle Ecken und Vorsprünge sind tunlichst zu vermeiden. Beleuchtung und Lüftung des Wagens sowie Vorrichtungen zur Verhütung von Erschütterungen sind vorzusehen. Es ist auf Mitnahme von Mitteln zur Erfrischung und ersten Hilfe besonders bei länger dauernden Krankenbeförderungen Bedacht zu nehmen.

3. *Tragbahren* sollen möglichst einfach, am besten nur aus Metall und leicht abnehmbarem Segeltuch hergestellt sein. Auf den Tragbahren sollen nur eine mehrfach zusammengelegte Wolldecke mit leinenem Überzug, außerdem je nach der Temperatur 1 oder 2 in leinene Überzüge geschlagene Wolldecken zur Bedeckung des Kranken vorhanden sein. Der Kopfteil der Trage ist für verschiedene Höhe verstellbar zu gestalten. Die Tragbahren müssen bequem für die Träger zu erfassen sein.

4. *Räderbahren* werden auf dem Lande, falls hierfür passende Wege vorhanden, zweckmäßig sein. Am besten eignen sich Geräte mit kastenartig gebautem Oberteil, dessen Kopfende hochgestellt werden kann. Zur Bedeckung des Kranken ist außerdem ein Verdeck aus Segeltuch vorzusehen. Auf dem Boden der Bahre müssen Segeltuchkissen und in Leinwand geschlagene Wolldecken vorhanden sein.

Hauptsätze für die Einrichtung der ersten Hilfe in Krankenhäusern.

1. Für den Rettungsdienst ist die Mitwirkung der Krankenhäuser dringend wünschenswert, da hier stets ärztliche Hilfe und das erforderliche Personal und Material zur Versorgung Verunglückter und plötzlich Erkrankter bereitgestellt werden kann.

2. Es ist daher anzustreben, daß in allen Krankenhäusern besondere Vorkehrungen für die Leistung der ersten Hilfe getroffen werden.

Grundzüge für Einrichtung von Vorkehrungen für erste Hilfe in Krankenhäusern.

1. Es ist Sorge zu tragen, daß ständig ein Arzt für die in und außerhalb der Anstalt Hilfe suchenden Personen zur Verfügung steht. In kleineren Krankenhäusern in kleineren Orten, wo der Arzt nicht im Krankenhause wohnt, muß, falls der Arzt nicht schnell erreichbar, durch das Personal bis zur Ankunft des herbeizurufenden Arztes im Krankenhause Hilfe geleistet werden. In größeren Krankenhäusern soll ein Arzt für diesen Dienst stets verfügbar sein. Es ist Sorge zu tragen, daß nur erste Hilfe geleistet wird.

2. Es sind tunlichst eigene Räume für die erste Hilfe in Bereitschaft zu halten, welche von den sonstigen Operations- und Krankenräumen des Krankenhauses zu trennen und mit allem erforderlichen Rüstzeug für die erste Hilfe auszustatten sind.

Krankenhausaufnahmeschein (weiße und rote Farbe).

1. Vor- und Zunahme: .....
2. Alter: .....
3. Stand, Beruf: .....
4. Wohnung: .....
5. Krankheit oder Krankheitsverdacht: .....

Falls Mitglied einer Krankenkasse oder sonstigen Verbandes, welcher für die Kosten der Krankenbeförderung aufzukommen hat:

6. Bezeichnung der Krankenkasse oder sonstigen Verbandes: .....
7. Mitgliedsnummer: .....
8. Bemerkungen (z. B. über besondere Begleitung bei der Krankenbeförderung) usw. .....

....., den ...ten ..... 19..

Des Arztes Unterschrift: .....
Wohnort und Wohnung: .....

Falls Mitglied einer Krankenkasse oder sonstigen Verbandes Stempel und Unterschrift dieser: .....

Anmerkung zum Krankenhausaufnahmeschein.

Die Scheine befinden sich in den Händen der Ärzte. Der Schein ist vom Arzt ausgefüllt dem Kranken oder seinen Begleitern mitzugeben, und zwar der weiße Schein für den Fall, daß eine nichtansteckende Krankheit, der rote für den Fall, daß eine der in den Landesgesetzen (für Preußen die in § 1 und 8 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905) genannten ansteckenden Krankheiten bei dem Kranken vorliegt.

Die Fahrer öffentlicher Fuhrwerke (Droschken, Omnibusse, Straßenbahnen), Wasserfahrzeuge usw. sind darauf hingewiesen, daß sie Kranke zur Beförderung nach Krankenhäusern nur aufnehmen dürfen, wenn dieselben mit weißen Scheinen versehen sind.

Hauptsätze für die erste Versorgung Bewußtloser (Alkoholiker, Epileptiker, Geisteskranke und sonstige).

Die erste Versorgung und zweckmäßige Unterbringung Bewußtloser ist im gesundheitlichen Interesse der Patienten und ihrer Umgebung von hoher Bedeutung.

Der Patient kann durch Unterbringung in ungeeigneten Aufenthaltsräumen schwer in seiner Gesundheit geschädigt werden (z. B. bei Vergiftungen und bei Bewußtlosigkeit durch Verletzungen). Andererseits erfordert die öffentliche Sicherheit, daß Bewußtlose und Geisteskranke eine solche erste Versorgung erhalten, daß sie ihrer Umgebung nicht mehr gefährlich werden können.

Die durch Alkohol hervorgerufene Bewußtlosigkeit ist als Vergiftung anzusehen.

Grundzüge für die erste Versorgung Bewußtloser.

A. Allgemeines.

1. Zur vorläufigen Unterbringung von Bewußtlosen und Geisteskranken sind möglichst die bestehenden Krankenanstalten zu benutzen.

2. Wo geeignete Krankenanstalten in genügender Nähe nicht zur Verfügung stehen, sind ausreichend helle heiz- und lüftbare Räume, welche mit Lagerstätten versehen werden können, in öffentlichen oder sonst bekannten Gebäuden zur Unterbringung zu verwenden.

3. Unter keinen Umständen dürfen bewußtlos aufgefundene Menschen in Polizeiwachen oder in Gefängnissen untergebracht werden.

4. Für die Unterbringung sind die erforderlichen Beförderungsmittel in Bereitschaft zu halten.

B. Besondere Vorschriften.

Zur Unterbringung von Bewußtlosen sind erforderlich:

1. *Räume.* Die Anzahl der Räume ist nach der Größe und Einwohnerzahl des Ortes, nach der Zahl der vorhandenen Krankenanstalten sowie nach den sonstigen Verhältnissen der Bevölkerung zu bemessen.

Es sind auch Räume zur Einzelunterbringung erforderlich.

2. *Personal.* Die Anzahl des Personals richtet sich nach der Zahl der vorhandenen Räume und Lagerstätten. In den Räumen für mehrere Kranke genügt in der Regel eine Pflegeperson zur Versorgung mehrerer Bewußtloser. Für jedes Einzelzimmer kann unter Umständen eine Pflegeperson erforderlich sein.

Die von humanitären Verbänden ausgebildeten Personen werden da, wo das Pflegepersonal von Krankenanstalten nicht in Frage kommt, für die erforderlichen Hilfeleistungen in erster Linie heranzuziehen sein.

3. *Gerätschaften.* Von Gerätschaften kommen besonders Lagerstätten, Vorrichtungen zur Erwärmung und Abkühlung, zur Darreichung von Bädern, zur Wiederbelebung, Mittel zur Beruhigung usw. in Betracht.

4. *Ärztliche Überwachung.* In jedem Falle ist für schnelle Herbeischaffung ärztlicher Hilfe und ständige ärztliche Überwachung des Dienstes Sorge zu tragen.

Aus der Erfahrung heraus bedarf es für diese Bestimmungen einiger besonderer Ergänzungen.

Zur Erfüllung von 1—8 stellte sich die Notwendigkeit heraus, daß in Großstädten mehrere Depots auf die Stadt verteilt wurden, deren Sitze möglichst zu allgemeiner Kenntnis gebracht werden müssen, was durch Verzeichnisse in Krankenhäusern, durch stark auffallende Aufnahme im Fernsprechverzeichnis, möglichst auch durch dauernde auffallende Hinweise an den Anschlagsäulen leicht durchführbar ist, so daß im Bedarfsfalle jeder Einwohner sofort durch Fernsprecher den Krankenwagen anfordern kann. In solchen Städten, in denen das Rettungswesen an sich mit der Feuerwehr verbunden ist (s. S. 294), ergibt es sich von selbst, daß auch die Krankenwagen dort aufgestellt werden. Aber selbst, wo dies nicht der Fall ist, empfiehlt sich die Bestimmung einer Zusammenarbeit mit der Feuerwehr, damit auch ohne besondere Bedarfsfälle jedesmal bei Meldung größerer Brände ein Krankenwagen auf erfolgte Brandmeldung mit ausrückt und für den dringenden Fall einer Lebensgefahr nicht erst besonders herbeigerufen werden muß.

Im übrigen gibt die Organisation des städtischen Krankentransportwesens in Berlin ein Vorbild einer zweckmäßigen und erprobten Organisation.

In verschiedenen über die Stadt verteilten Depots verfügt das Rettungsamt zur Zeit über etwa 29 Automobilkrankenwagen, die in der Lage sind, täglich über 200 Transporte auszuführen. Die Wagen stehen bezüglich Einrichtung unter ständiger Kontrolle; das Begleitpersonal ist im Krankentransportwesen ausgebildet. Nach jedem infektionsverdächtigen Transport wird der Wagen durch Ausspritzen und Auswaschen mit Kresolseifenlösung, die Decken usw. durch Heißdampfsterilisation desinfiziert. Die Bestellung der Wagen erfolgt durch die hierunter zu schildernde Zentrale des Rettungsamtes oder durch jede einzelne Rettungsstelle oder durch die Polizei. Der Transport erfolgt ausschließlich durch Automobile bester Konstruktion, besonders auf gute Federung der Wagen ist Rücksicht genommen, da nach langen Versuchen von einer besonderen Abfederung der Tragen innerhalb des Wagens Abstand genommen worden ist.

Dienstanweisung.

1. Die Fahrer und Mitfahrer haben diese Dienstanweisung und alle sonst von ihren Vorgesetzten erlassenen Anordnungen aufs genaueste zu befolgen.

2. Die direkten Vorgesetzten der Fahrer und Mitfahrer sind: der Direktor des Groß-Berliner Rettungswesens, der Betriebsingenieur und die Depotinspektoren. Den Anordnungen derselben ist unbedingt Folge zu leisten.

3. Die Fahrer und Mitfahrer haben über alle dienstlichen Vorkommnisse sowie über alle ihnen von den Vorgesetzten erteilten Anordnungen strengste Verschwiegenheit zu wahren — insbesondere sind Mitteilungen über die Kranken, deren Namen und über die Art der Krankheit an dritte Personen — mit Ausnahme der Vorgesetzten sowie der zuständigen Beamten der Polizei und der Krankenhäuser — strengstens untersagt.

4. Die Fahrer und Mitfahrer haben die ihnen gelieferte Uniform stets im Dienst vorschriftsmäßig zu tragen. Außerhalb des Dienstes darf die Uniform nur mit Genehmigung getragen werden. Für Sauberkeit und Ordnung der Uniform haben die Angestellten stets zu sorgen. Für Arbeiten wie Wagenwaschen, Stallreinigen, Pferdeputzen wird Arbeitskleidung geliefert. Das Tragen der Dienstkleidung bei dieser Arbeit ist verboten.

5. Die Uniform bleibt Eigentum des Verbandes und ist bei etwaigem Austritt aus dem Dienst dem Inspektor ordnungsmäßig zurückzugeben.

6. Alle Beschädigungen und sonstigen Mängel an der Uniform sind sofort dem Depotinspektor zu melden.

7. Während des Dienstes (§ 40) dürfen Fahrer und Mitfahrer nur in Ausübung des Dienstes oder mit Genehmigung des Inspektors das Depot verlassen. Ihre Rückkehr haben sie dem letzteren sofort zu melden. Sie haben sich auf dem Depot in ständiger Dienstbereitschaft zur Ausführung von Krankentransporten zu halten.

8. Jeder Fahrer und Mitfahrer hat den vom Depotinspektor bestimmten Wagen, soweit seine Fähigkeit ausreicht, zu fahren.

9. Die Mannschaften, welchen die Ausführung des nächsten Transportes obliegt, sollen sich und ihren Wagen zur Abfahrt vorbereitet halten. Jeder Wagen muß mit größter Beschleunigung nach empfangener Meldung abfahren; bei Unfällen oder Massenunfällen hat die Abfahrt unverzüglich zu erfolgen.

10. Der Mitfahrer hat vor Ausführung des Transportes auf folgendes zu achten:

I. Das Innere des Wagens und sein Inhalt muß sauber sein.

II. Die Tragbahre soll mit einer reinen Wollunterlage bedeckt, mit einem reinen Laken bezogen, die Überdecke mit reinem Überzug versehen sein.

III. Im Innern des Wagens müssen sich zwei reine Übermäntel für Fahrer und Mitfahrer, ein Steckbecken und ein reines Handtuch befinden.

IV. In der kalten Jahreszeit muß die Heizvorrichtung gut funktionieren.

V. Der Rettungskasten muß stets gefüllt und in Ordnung sein.

VI. Riemen zur Fesselung Geisteskranker sind mitzuführen.

VII. Es muß soviel reine Wäsche im Wagen vorhanden sein, daß für jeden Transport solche verwendet werden kann.

11. Gemeinsame Aufgabe des Fahrers und Mitfahrers ist es, dafür zu sorgen, daß das gesamte Äußere des Wagens, der Motor und die Bremsen in ordnungsmäßigem Zustande sich befinden und daß genügend Betriebsstoff im Tank ist.

12. Fahrer und Mitfahrer haben vor Verlassen des Depots sich vom Inspektor genau die Lage des Bestellungsortes angeben zu lassen. Jeder von ihnen hat beim Transport einen „Straßenführer durch Berlin" und ein Verzeichnis der Rettungsstellen des Berliner Rettungswesens und der Krankenhäuser bei sich zu führen.

13. Der Mitfahrer hat die Abfahrt des Wagens dem Inspektor, ebenso die Rückkehr zu melden oder melden zu lassen.

14. Bei der Fahrt vom Depot zum Bestellort muß der Wagen auf dem kürzesten Wege gefahren werden. Sollte während der Fahrt eine Betriebsstörung eintreten, die voraussichtlich einen Aufenthalt von mehr als 10 Minuten zur Folge hat, so ist durch den Fernsprecher dem Rettungsamte unverzüglich Mitteilung zu machen, damit nötigenfalls ein Ersatzwagen geschickt wird.

15. Vor Betreten des Bestellortes haben in geeigneten Fällen Fahrer und Mitfahrer die Übermäntel anzulegen. Der Fahrer hat den Motor auszuschalten und den Kontakt herauszunehmen. Zur Nachtzeit und bei voraussichtlich längerem Aufenthalte ist auch die Kohle herauszunehmen. Soweit es irgend möglich ist, ist der Wagen während des Aufenthaltes zu überwachen. In geeigneten Fällen sind hierzu die Angehörigen des abzuholenden Kranken herauszuziehen. Die Wagentür ist stets zu schließen.

16. Dem Kranken, seiner Umgebung und den anwesenden Ärzten gegenüber haben sich die Fahrer und Mitfahrer in jedem Falle bescheiden und zuvorkommend zu verhalten. Insbesondere sind Anordnungen von Ärzten, soweit sie die Art der Ausführung des Krankentransportes betreffen, und von Beamten des Polizeipräsidiums unbedingt zu befolgen.

17. Die von den Erkrankten nach deren Überführung zur Abgabe gelangenden Kleidungsstücke, Wert- und Schmucksachen usw. sind am Überführungsorte richtig abzuliefern. In den Krankenhäusern hat der Mitfahrer dieselben im Bureau oder an die zuständige Pflegeperson sofort nach Ankunft abzugeben. Über die Ablieferung ist eine Bescheinigung zu erbitten auf einem Formular, welches die Mitfahrer von den Inspektoren erhalten und stets bei sich zu führen haben.

18. Bei sehr schwachen Kranken, welche von der Umlagerung in den Wagen sichtlich angegriffen sind, ist tunlichst vor Beginn des Transports für Verabfolgung eines Stärkemittels Sorge zu tragen.

19. Vor Verlassen der Wohnung des Kranken hat der Mitfahrer das Formular 59 oder 60 den Angehörigen des Kranken auszuhändigen und um Bezahlung in höflicher Form zu ersuchen. Eine Entschädigung oder Belohnung (Trinkgeld) zu fordern, ist den Fahrern und Mitfahrern strengstens untersagt. Wird nicht bezahlt, so ist Formular 62 genau auszufüllen. In dringenden Fällen kann, um den Transport nicht zu verzögern, von der Erfüllung dieser Formalitäten abgesehen werden; der Name und die Adresse des Kranken ist indessen stets festzustellen und aufzuschreiben. Bevor das Formular 59 in der Wohnung abgegeben wird, muß der Mitfahrer Wohnung, Namen und Transportnummer darauf notieren.

20. Falls die Beförderung des Kranken mittels Trage aus seiner Wohnung in den Wagen infolge Enge der Treppe od. dgl. unmöglich ist, muß derselbe getragen werden evtl. ist die Beförderung mittels Stuhl zulässig. In jedem Fall ist der Transport auf die vorsichtigste Weise und unter möglichster Schonung des Patienten auszuführen.

21. Sobald der Kranke im Wagen liegt, hat der Fahrer seinen Übermantel auszuziehen und in den Wagen zu hängen. Der Mitfahrer behält den Übermantel an und nimmt im Innern des Wagens auf dem Sitze der Trage gegenüber Platz; er hat den Kranken während der Fahrt genau zu beobachten und ihm im Bedarfsfalle in sachgemäßer Weise Beistand zu leisten.

22. Auf besonderen Wunsch der Kranken oder deren Angehörigen ist die Mitfahrt eines Angehörigen des Kranken im Innern des Wagens zu gestatten. Der Mitfahrer bleibt auch in diesem Falle in dem Wagen, wenn 2 Sitze oder ein Doppelsitz vorhanden ist. Das Mitnehmen sonstiger Personen auf oder in dem Wagen ist strengstens untersagt.

23. Sollten während des Transportes bei den Kranken bedrohliche Erscheinungen (Blutungen, Erstickungsgefahr, Verfall usw.) eintreten, so hat der Mitfahrer schleunigste Aufsuchung der nächsten Rettungsstelle oder des nächsten Krankenhauses zu veranlassen. In der Zwischenzeit ist die notwendige erste Hilfe zu leisten.

24. Tritt unterwegs der Tod des Kranken ein, so ist die nächstgelegene Rettungsstelle oder das nächstgelegene Krankenhaus zur ärztlichen Feststellung des Todes aufzusuchen und hierauf zum nächsten Polizeirevier zu fahren, welches das Weitere veranlassen wird.

25. Der Fahrer hat auf der Fahrt des Kranken nach dem Krankenhause bzw. nach dem Ort der Überführung darauf zu achten, daß möglichst gutgepflasterte Straßen (mit Asphalt, Holzpflaster) gewählt werden. Steinpflaster ist tunlichst zu vermeiden.

26. Im Krankenhause angelangt, müssen die Fahrer und Mitfahrer sich zunächst vergewissern, daß der Kranke Aufnahme findet. Sollte letzteres nicht der Fall sein, so haben sie der Zentralstelle des Rettungsamtes telephonisch Meldung zu machen und sich ein anderes Krankenhaus anweisen zu lassen. In keinem Fall dürfen sie mit dem Kranken von einem Krankenhause zum andern ohne die Gewißheit, daß er Aufnahme findet, herumfahren.

27. Vor dem Heraustragen des Kranken aus dem Wagen hat der Fahrer gegebenenfalls den im Wagen befindlichen zweiten Übermantel anzuziehen. Den Anordnungen der Ärzte bzw. der Verwaltung hinsichtlich der Beförderung und Ablieferung innerhalb des Krankenhauses ist Folge zu leisten. Der Fahrer hat sich so bald als möglich zum Wagen zurückzubegeben. Nach der Rückkehr zum Wagen werden die Mäntel ausgezogen und in den Wagen gehängt. Für den Aufenthalt vor dem Krankenhause gelten die Bestimmungen des § 15.

28. Der Mitfahrer hat sich die Ablieferung des Kranken im Krankenhaus unter Angabe der Abfertigungszeit bescheinigen zu lassen. Eine Bescheinigung ist auch dann zu erbitten, wenn die Aufnahme des Kranken verweigert wird.

29. Falls die Abfertigung im Krankenhaus sich über Gebühr verzögert, so ist höflichst beim Aufsichtsarzt um Beschleunigung derselben zu ersuchen. Ungewöhnlich lange Verzögerungen sind dem ärztlichen Direktor schleunigst zu melden. Sobald der Kranke abgeliefert worden ist, hat der Mitfahrer sich durch Fernsprecher mit der Zentrale des Rettungsamtes in Verbindung zu setzen.

30. Die Rückkehr muß unverzüglich auf kürzestem Wege geschehen. Jeder Aufenthalt unterwegs, insbesondere das Halten vor Gastwirtschaften oder das Einkehren in dieselben, ist Fahrern und Mitfahrern strengstens untersagt. Sollte auf dem Transporte aus irgendwelchen Gründen eine Verspätung entstehen, so ist sofort hiervon der Zentrale Mitteilung zu machen.

31. Nach der Rückkehr:

A. begibt sich der Fahrer in den unreinen Raum der Desinfektionsanstalt und wäscht sich Gesicht und Hände tüchtig mit Wasser und Seife;

B. meldet der Mitfahrer die Rückkehr des Wagens beim Depotinspektor, alsdann hat er nötigenfalls den Wagendesinfektor bei der Entleerung des Wagens, Herausnehmen der Tragbahre, Decken, Wäsche, Traggestelle usw. zu unterstützen und sich danach im unreinen Raum der Desinfektionsanstalt Gesicht und Hände mit warmem Wasser und Seife gründlich zu waschen.

32. Wird ein Transport ausgeführt bei einem Kranken, welcher an einer der sechs nachstehenden Krankheiten leidet oder bei welchem ein Verdacht auf eine dieser Krankheiten vorliegt: 1. Aussatz, 2. Cholera, 3. Fleckfieber (Flecktyphus), 4. Gelbfieber, 5. Pest (orientalische Beulenpest), 6. Pocken (Blattern), so sind die hierfür besonders erlassenen Anweisungen genauestens zu befolgen.

33. Sollte dem Fahrer und Mitfahrer erst bei der Abholung oder am Ablieferungsorte des Kranken bekannt werden, daß eine der sechs genannten Krankheiten oder ein Verdacht auf eine derselben vorliegt, so sind vor Ausführung des Transportes schleunigst auf telephonischem Wege durch Vermittlung der Zentrale Verhaltungsmaßregeln einzuholen. Den Anordnungen der Polizeibehörde bzw. deren Vertretern, insbesondere des Kreisarztes, ist unbedingt Folge zu leisten. Etwaigen Anordnungen der Krankenhausdirektion bezüglich Verbleiben zur Beobachtung bzw. Isolierung daselbst haben die Fahrer und Mitfahrer sich ebenfalls unbedingt zu unterziehen.

34. Geisteskranke sind vermittels der an der Trage befindlichen Hand- und Fußriemen in tunlichst schonender Weise derart zu fesseln, daß sie während der Fahrt weder sich noch den Wagen beschädigen können. Erfolgt eine Beschädigung des Wagens infolge Nichtachtung dieser Vorschriften, so ist der Mitfahrer für den angerichteten Schaden verantwortlich.

35. Verweigern bei der Abholung eines Kranken dieser oder dessen Angehörige die Ausführung des Transportes, so ist festzustellen, wer den Auftrag zur Abholung gegeben hat. Liegt ein solcher seitens einer staatlichen oder städtischen Behörde vor (Polizei, Kreisarzt, Gericht, Armenkommission usw.), so ist unverzüglich das zuständige Polizeirevier um eine Mitwirkung anzugehen. In keinem Falle darf aber ein Geisteskranker wider seinen Willen oder gar unter Anwendung von Gewalt aus seiner Wohnung entfernt werden.

36. Bei Transporten von und nach der Eisenbahn hat der Wagen mindestens 15 Minuten vor Abfahrt bzw. Ankunft des Zuges am Bahnhofe zu sein. Fahrer und Mitfahrer haben sich sofort bei dem diensttuenden Perronassistenten zu melden und ihn um die Mitwirkung bei der Beförderung des Kranken in den Wagen bzw. beim Abholen desselben aus dem Zuge zu ersuchen. Der Kranke ist vom Krankenwagen bis zum Eisenbahnwagen und umgekehrt mit der Trage zu befördern.

37. Beschädigungen des Wagens oder des Inventars des Wagens oder sonstige wichtige Ereignisse während des Transportes sind nach Rückkehr zum Depot dem Inspektor sofort zu melden.

38. Bei Massenunfällen hat der Fahrer auf dem kürzesten Wege seinen Wagen nach der Unfallstelle zu fahren. Der Mitfahrer hat den Rettungskasten bereitzuhalten. An der Unfallstelle haben sich Fahrer und Mitfahrer bei dem hilfeleistenden Arzt bzw. Polizeioffizier zu melden und deren Weisungen zu befolgen.

39. Der Fahrer ist für die sorgfältigste Instandhaltung seines Automobils verantwortlich und hat auch Reparaturen an demselben, soweit er dazu imstande ist, auszuführen. Beim Fahren muß er sich der größten Vorsicht befleißigen; er darf mit dem Kranken nur in langsamem Tempo (nicht über 25 km in der Stadt) fahren, es sei denn, daß ärztlicherseits schnelleres Fahren bestimmt wurde. Bei schlechtem und schlüpfrigem Pflaster ist ganz langsam zu fahren. Möglichst zu vermeiden ist plötzliches starkes Bremsen.

40. Alle Fahrer und Mitfahrer haben sich bei Antritt ihres Dienstes der Schutzpockenimpfung zu unterziehen. Dieselbe wird nach einigen Jahren wiederholt.

41. Erkrankungen der Fahrer oder Mitfahrer sind umgehend dem Inspektor zu melden. Ereignen sich solche Erkrankungen beim Personal während eines Krankentransportes, so ist — wenn irgend angängig nach Beendigung des Transportes — die nächste Hilfsstelle oder das nächste Krankenhaus aufzusuchen.

42. Die Fahrer und Mitfahrer haben Beschwerden und Eingaben, welche sie an den Leiter des Krankentransportwesens richten wollen, dem Depotinspektor zur weiteren Veranlassung zu übergeben; nur für den Fall, daß die Beschwerde sich gegen den Inspektor selbst richtet, ist eine direkte Einsendung statthaft.

43. Verstöße gegen die Dienstanweisung haben, soweit sie gleichzeitig einen wichtigen Grund im Sinne des § 626 bedeuten, sofortige Entlassung aus dem Dienste zur Folge.

Zu I 9 ist die genauere Ausführung der Desinfektion meist durch Polizeiverordnungen örtlich geregelt, die namentlich auch durch Kontrollen im Krankenhause selbst verhindern sollen, daß die Benutzung öffentlicher Fuhrwerke bei ansteckenden Krankheiten stattfindet. Da der Fahrer sich dann durch Meldungen einer Strafe aussetzt, pflegt er schon selbst bei der Aufforderung, Kranke in eine Anstalt zu überführen, Schwierigkeiten zu machen. Die oben angeführten Grundzüge empfehlen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus die Desinfektion des Krankenwagens nach jedem Transport, denn oft genug wird der Charakter der ansteckenden Krankheit erst in der Anstalt festgestellt, wie bei Angina, die sich als Scharlach oder Diphtherie erweist; ein anderes Mal hat ein Knochenbruch einen Tuberkulösen getroffen oder ein Bewußtloser verunreinigt durch Erbrechen den Boden. In Berlin ist, wie die vorläufige Desinfektionsordnung beweist, die Desinfektion der Wagen sehr zweckmäßig gelöst.

Vorläufige Desinfektionsordnung.

A. Desinfektionseinrichtung.

Die zur Desinfektion der Wagen, Gerätschaften und Mannschaften vorhandenen Räume sind in eine unreine und eine reine Seite geteilt. Die Räume haben folgenden Inhalt:

a) *Der unreine Raum*:

1. Dampfdesinfektionsapparat;
2. Wäschedesinfektionsapparat;
3. Körtingsche Desinfektionspumpe;
4. Wäschesammler;
5. Wasserleitung für kaltes Wasser;
6. Heißwasserbehälter;
7. Ein Brett auf Leisten ruhend für die zu desinfizierende Trage und das Tragegestell;
8. Paneelbretter an der Wand zur Aufnahme von Bürsten, Pinsel, Schrubbern und anderen für die Desinfektion erforderlichen Gegenständen;
9. Kleideraufhänger;

10. 2 Holzeimer, große Gießkanne;
11. Behälter (Rinne) zum Auffangen der bei der Desinfektion ablaufenden Flüssigkeiten;
12. grauleinene Beutel;
13. Waschvorrichtung für die Desinfektoren.

b) *Der reine Raum*:
1. Dampfdesinfektionsapparat } durch die Wand in den unreinen Raum entsprechend
2. Wäschedesinfektionsapparat } hindurchgebaut.
3. Dampfentwickler für 1 und 2, sowie Vorrichtung zum Füllen des Heißwasserbehälters im unreinen Raum.

c) *Baderaum*:
1. Gasapparat zur Herstellung von heißem Wasser;
2. Brausevorrichtung;
3. Gardine.

d) *Aufenthaltsraum*:
1. Tisch;
2. Stühle.

B. Desinfektionsvorschriften.

a) *Allgemeines.*

§ 1. Die Desinfektion des Wagens sowie seines Inhaltes ist nur von den als Desinfektoren ausgebildeten Personen auszuführen.

§ 1b. Bei Transporten von Kranken, die an gemeingefährlichen Krankheiten leiden oder solcher Krankheit verdächtig sind, hat die Desinfektion des Wagens und des Begleitpersonals noch im Aufnahmekrankenhaus zu erfolgen.

§ 2. Sobald der Wagen nach Ausführung eines Krankentransportes zur Transportstation zurückgekehrt ist, hat sich der Mitfahrer die Hände mit Desinfektionslösung (Sublimat $1^0/_{00}$ oder Kresolseifenlösung 5%) zu waschen, dann Hände und Gesicht mit Seife und warmem Wasser zu reinigen und sich dann ins Bureau zur Erstattung der Meldung zu begeben.

§ 3. Der Wagen ist nach Rückkehr ins Depot geschlossen rückwärts in den unreinen Raum zu schieben, wo ihn der Desinfektor in Empfang nimmt. Der Mitfahrer legt einen im unreinen Raum befindlichen Arbeitsanzug, sowie Kappe an.

§ 4. Dann erst sind die Wagentüren zu öffnen und alle im Wagen befindlichen Wäschestücke, Decken, Mäntel der Träger auf die Trage zu legen, die Trage nebst dem Tragegestell aus dem Wagen zu nehmen und auf das Brett (Aa 7) zu setzen. Gleichzeitig ist das Steckbecken vorsichtig aus dem Wagen zu entfernen.

§ 5. Der Mitfahrer hat nun seinen Arbeitsanzug abzulegen, ihn im unreinen Raum aufzuhängen, sich Gesicht und Hände mit Desinfektionslösung (Sublimatlösung $1^0/_{00}$ oder Kresol-Seifenlösung 5%) zu reinigen und danach mit warmem Wasser zu waschen und darauf den Raum zu verlassen.

b) *Besonderes.*

I. Desinfektion des Wagens.

§ 6. Der Desinfektor hat die auf der Tragbahre befindlichen Wäschestücke, Decken, Mäntel und den Tragbahrenüberzug zunächst in den Wäschesammler (Aa 4) zu legen. Er hat sich dann eine Desinfektionslösung zu bereiten, indem er 200 g Farestol oder 500 g unverdünnte Kresol-Seifenlösung in 10 Liter heißen Wassers löst. Diese Lösung dient zur Desinfektion des Wagens und der Trage und des Traggestelles, sowie des Steckbeckens, wenn dieses unterwegs nicht benutzt wurde.

§ 7. Der Wagen ist nun vollständig in den unreinen Raum hineinzubringen. Der Vorderwagen ist etwas erhöht fest zu stellen. Unter das hintere Wagenende ist die Rinne (A. a 11) unterzusetzen.

§ 8. Jetzt ist von dem Desinfektor der Innenraum des Wagens (Decke, Wände, Fußboden) mit der heißen Kresol-Seifenlösung gut auszuspritzen bzw. mit dem Spritzpinsel abzuspritzen, so daß alle inneren Teile des Wagens mit der Seifenlösung stark benetzt sind. Hierauf sind mit dem Schrubber Decke, Wände und Fußboden des Wagens tüchtig abzubürsten, dann mit reinem Wasser nach besonderer Anweisung abzuspritzen und mit Tüchern trockenzureiben.

§ 9. In ganz gleicher Weise ist das Tragegestell und die Tragbahre zu behandeln. Die Desinfektion beider erfolgt auf dem Brett (A. a 7). Die Tragbahre wird erst in den Wagen hineingestellt, nachdem auch ihre Füße gehörig mit warmer Seifenlösung gescheuert und trockengerieben sind. Ferner wird das Steckbecken, falls es unterwegs nicht benutzt war, in gleicher Weise desinfiziert. War es jedoch benutzt, so wird vor Beginn der Desinfektion des Wagens der Inhalt des Steckbeckens mit gleichen Mengen Kresol-Seifenlösung oder Farestol 2 Stunden stehengelassen. Dann wird das Steckbecken in den vorhandenen Ausguß des Abflusses entleert, mit heißem Wasser ausgespült und mit trockenen Tüchern ausgetrocknet.

§ 10. Nun ist die Rinne vom Wagen zu entfernen und die in ihr befindliche Flüssigkeit auszugießen.

Der Wagen ist dann aus dem unreinen Raum zu entfernen, mit reiner Wäsche und auch reinem Tragbahrenüberzug aus dem Vorrat zu versehen und ist damit zur weiteren Benutzung fertig.

§ 11. Hierauf ist das Brett (A. a 7) zu säubern. Der Fußboden des unreinen Raumes ist abzuspülen und zu trocknen.

II. Desinfektion der Wäsche und Effekten.

§ 12. Der Wäschedesinfektionsapparat (A. a 2) ist täglich zu leeren, mit kaltem Wasser auszuspülen und mit Seifenlösung zu füllen (250 g Schmierseife auf 10 l heißes Wasser).

§ 13. Jetzt hat der Desinfektor die in den Wäschesammler (A. a 4) gebrachten Gegenstände auszusuchen, die Bezüge vorläufig zurückzulegen.

§ 14. Die Mäntel, welche der Kraftfahrer und der Mitfahrer während des Transportes gebraucht hatten, sind auf das Vorhandensein von Blut-, Eiter-, Kot- und Schmutzflecken zu prüfen. Sind solche Flecke nicht vorhanden, so sind die Mäntel sofort in den Dampfapparat zu hängen.

§ 15. Die Wolldecken sind ebenfalls auf das Vorhandensein von Blut- usw.-Flecken nachzusehen. Enthalten sie keine Flecke, so sind sie in den dafür bestimmten Desinfektionsbeutel (A. a 12) sorgfältig einzubringen.

§ 16. Die mit Blut, Eiter, Kot oder Schmutz befleckten Mäntel kommen in den Wäschedesinfektionsapparat.

Aus den befleckten Wolldecken sind die Flecke mit heißer Kresol-Seifenlösung und Bürste auszureiben. Nach Beseitigung der Flecke sind die Decken in grauleinenen Beuteln in den Dampfdesinfektionsapparat zu bringen.

§ 17. Die Tragbahrenüberzüge sind ebenso wie die Wolldecken je nach dem Vorhandensein von Flecken (s. §§ 15 u. 16) zu behandeln, nur sind sie in dem Dampfdesinfektionsapparat aufzuhängen.

§ 18. Nachdem eine genügende Zahl von Stücken sowohl im Dampfdesinfektions- als auch im Wäschedesinfektionsapparat angesammelt ist, hat der im unreinen Raum befindliche Desinfektor dem im reinen Raum befindlichen Beamten ein Zeichen zu geben, daß die Desinfektion beginnen kann.

§ 19. Für die Handhabung des Desinfektionsapparates dienen die in den Krankentransportstationen aufgehängten Anweisungen.

III. Desinfektion des Personals.

§ 20. Die ständigen Desinfektoren haben nach jeder Desinfektion und nach jedem Aussuchen von Wäsche und Effekten zunächst die Hände in Desinfektionslösung (Sublimat $1^0/_{00}$ oder Kresol-Seifenlösung 5%) zu spülen, alsdann Hände und Gesicht tüchtig mit Seife und lauwarmem Wasser zu waschen. Sie haben hierbei, sowie bei allen Desinfektionsvorrichtungen, den ihnen zugewiesenen Arbeitsanzug, bestehend aus Kittel, Hose, Kopfkappe, sowie besonderer Fußbekleidung, anzulegen.

Der Desinfektor hat jeden Abend vor Verlassen des Desinfektionsraumes zu baden.

§ 21. Der Anzug, welchen der Desinfektor beim Verlassen des Desinfektionsraumes ablegt, ist in den Dampfdesinfektionsapparat hineinzuhängen und mit der nächsten Beschickung zu desinfizieren. Der Desinfektor hat also täglich einen reinen desinfizierten Anzug anzulegen.

§ 22. Nach Ausführung des Transportes eines ansteckenden Kranken (Genickstarre, Scharlach, Rose, Diphtherie u. a.) haben die Personen, welche den Kranken getragen, ein Brausebad zu nehmen. Der ständige Desinfektor legt in diesem Falle nach Reinigung von Händen und Gesicht einen anderen Arbeitsanzug an, den er für diese Zwecke gesondert bereithält.

Ferner haben die Angestellten, bevor sie die Stationen zum Urlaub usw. verlassen, zu baden.

§ 23. Weitere Bestimmungen bezüglich des Badens des Personals werden in einer besonderen Anweisung erlassen werden.

Vielfach geschieht die Desinfektion nach Ablieferung des Kranken in der Desinfektionsabteilung des Krankenhauses selbst. Da damit Störungen des Anstaltsbetriebes verbunden sein können, zumal wenn die Desinfektionsanstalt abseits liegt, und keinen besonderen Ausgang hat, so ist dies nicht überall tunlich. In solchen Fällen muß der Wagen vor Rückkehr ins Depot die städtische Desinfektionsanstalt aufsuchen, was die andere Unbequemlichkeit ständigen Nachtdienstes bei geringem Bedarf hat.

Was die Beschaffenheit der Krankenwagen betrifft, so ist natürlich die frühere Erörterung, ob Pferdebespannung oder Kraftwagen, längst zugunsten des letzteren endgültig entschieden; für das Land mit seinen weiteren Entfernungen und spärlicheren Aufstellungsgelegenheiten gewährt er allein die Möglichkeit schneller Beförderung und damit oft der Lebenserhaltung. Bei den steigenden Gefahren des Großstadtverkehrs empfehlen sich für den Krankenwagen Vorzugsvorschriften wie für die Feuerwehr.

Über den zweckmäßigen Bau des Krankenwagens enthalten die Grundzüge die wichtigsten Gesichtspunkte in Nr. 2. Die Zahl der Konstruktionen ist außerordentlich groß; je nach der Bodenbeschaffenheit und den Zuständen der Wege wird man verschiedene Typen bevorzugen; gegenüber den Grundfragen der Glätte, der Eckenlosigkeit, der Beleuchtung, des Schutzes gegen Erschütterung und der Sicherung des Begleiters, spielen die anderen Einrichtungen eine verhältnismäßig geringe Rolle. Gegenwärtig ist der Fachnormenausschuß Krankenhaus (Fanok) im Begriff, auch den Krankenwagen zu „normen"; bisher liegen die folgenden Vorschläge vor.

Vorläufige Beschlüsse über die Normung des Aufbaues von Krankenkraftwagen.

1. *Abmessungen usw. des Wagenkastens.*

Lichte Länge 190 mm, über dem Radkastenscheitel 2070 mm. Im Fußboden (Zwischenboden des Wagenkastens) darf keine Füllöffnung sein.

2. *Türen.*

Hinten 2 Flügeltüren. Seitlich vorn eine Tür, nach vorn aufschlagend, 700 mm breit auf der dem Führer abgewandten Seite.

3. *Fenster.*

An der Seite je 2 Fenster, hinteres Seitenfenster eckig. In den hinteren Türflügeln oben viereckige, in den Ecken etwas abgerundete Fenster 200 × 140 mm.

Alle Fenster fest, von splittersicherem Glas, Seitenfenster undurchsichtig, hintere Fenster klar.

Durch Fußnote soll das Seitenfenster in der Tür auf Wunsch als herablaßbar zu liefern bezeichnet werden, mit Reinigungsklappe an der Tür unten.

Vorn in der Mitte der Vorderwand so gelegen, daß verschieden große Führer von vorn hineinsehen können, ein viereckiges Verständigungsfenster 300 × 250 mm mit Schiebefenster mit Klarglas (splittersicher), auf der Vorderseite der Stirnwand laufend, das von außen und innen zu bedienen ist.

4. *Bekleidung.*

Wagenkasten außen mit Blech bekleidet, innen an Decke und Wänden wasserdicht mit Blech, mit ausgerundeten Ecken, ausgeschlagen. Das Blech von der Seitenwand soll 10 cm auf den Fußboden geführt werden. Ob Aluminium oder Eisenblech genommen wird, bleibt freigestellt. Verwendung von Schrauben oder Nägeln zur Befestigung freigestellt. Fußbodenbelag Linoleum, auf dessen Kanten Metalleisten.

5. *Lüftung.*

An der Stirnwand nahe dem Dach beiderseits nahe der Außenwand je 1 normaler Lüftungsschieber aus Metall 250 × 40 mm. Entlüftungskappe 300 mm vom hinteren Sperrholz im Dach zwischem erstem und zweitem Spiegel. Das größere Format der handelsüblichen.

6. *Beleuchtung.*

Glasschale oben zwischen hinterem Sperrholz und erstem Spriegel. Drahtzuleitung in der hinteren Wagenecke, verkleidet durch vernickeltes Messinghalbrohr mit ausgerundeten Ecken. Schalter außen am Wagen. Abblendevorrichtung durch Vorschaltwiderstand. Außerdem innen unter dem Verständigungsfenster ein Steckkontakt mit wasserdichter Schutzkappe.

7. *Lagerungsstelle für die Krankentragen.*

Die Gestelle für die oberen Tragen sollen hinten innen am Deckenspriegel hängend und herausnehmbar sein.

8. *Ausstattung mit Kästen.*

a) Für Wagen mit 1—2 Liegenden: 1 herausnehmbare Sitzkiste an der Stirnwand für gebrauchte Wäsche, Steckbecken usw. 1 herausnehmbare Sitzkiste an der Seite mit Nische für Radkasten für Frischwäsche. 1 auf dem Boden unter der unteren Trage stehender flacher

Kasten, gegen Verschieben durch Leisten gesichert, mit Verbandmitteln usw. *oder* ein herausnehmbarer Wandschrank mit demselben Inhalt. 1 Wandschrank nach Art der in Schlafwagen üblichen mit Wassertank und gleichgroßem Behälter für Schmutzwasser oder durch den Boden geführtem Abflußrohr. (Nur auf besonderen Wunsch.)

b) Für Wagen mit 4 Krankentragen: 1 herausnehmbarer flacher, langer, mehrfach geteilter Kasten an der Stirnwand auf dem Boden unter den vorderen Tragengriffen, gegen Verschieben mit Leisten gesichert. 1 Schubkasten hinten im Wagen unter dem Zwischenboden für gebrauchte Wäsche. 1 Verbandkasten wie zu a).

Eine große Bedeutung als Hilfsmittel besitzen die im Nr. 3 und 4 erwähnten *Tragbahren*, nicht nur als Mittel, um den Erkrankten von der Stätte des Unfalls oder aus der oft hochgelegenen Wohnung über enge Treppen in den Wagen zu überführen, sondern auch als Ersatz des Wagens in leichteren Fällen, wie Ohnmachten usw. Daher pflegen die Tragbahren in jeder Feuerwehrwache, in jedem öffentlichen Gebäude mit größerem Verkehr, vor allem in Schulen, stets vorhanden zu sein. Die Aufgabe der mit Menschenhand zu befördernden *Räderbahren*, namentlich auf dem Lande, ist ausgiebig in Nr. 4 der Grundzüge S. 298 gekennzeichnet. In Bergwerken, im Gebirge, bedarf es besonderer Handtransportmittel, um den schwierigen Verhältnissen der Bodenbeschaffenheit zu genügen; im Bergwerksbetrieb sind sie ausgeprobt und werden in dem besonderen Aufsatz geschildert; im Hochgebirge, auf Fels und Eis, wo der Verunglückte überdies an schwer zugänglicher Stelle liegt, kommt behelfmäßige Ausrüstung in Frage und hier entscheidet allein Tatkraft und Geschick der Bergungsmannschaft. Bei Unfällen auf dem Meere kommen natürlich Einrichtungen in Frage, die dem Seeverkehr und selbst auch nur dem Hafenverkehr angepaßt sind. An größeren Flußläufen innerhalb der Stadt sind an den Brücken in Zwischenräumen Rettungsringe angebracht und Kähne angekettet.

Das *Rettungswesen im Bereiche der Eisenbahn* ist durch eine *Dienstvorschrift für das Rettungswesen bei Verunglückungen* auf Eisenbahnen geregelt. Die erste Hilfe hat das Zugpersonal zu leisten, das in der ersten Hilfe und auch zu einem Teil freiwillig im Samariterdienst ausgebildet ist. Ein Teil der Züge und Bahnhöfe ist mit Rettungskästen ausgerüstet, die letzteren auch mit Tragbahren. In den D-Zügen befinden sich auch Instrumente zur Befreiung aus eingeklemmter Lage, wie Äxte, Sägen. Auf größeren Bahnhöfen befinden sich eigene Verbandstuben und an bestimmten von ihnen sind die Hilfszüge aufgestellt, die aus einem Geräte-, Mannschafts- und Arztwagen bestehen; der letztere enthält auch den Operations- und Lageraum. Außerdem werden die Eisenbahnen auch zum Transport Erkrankter zur Verfügung gestellt. Hierfür gelten folgende Bestimmungen:

„1. Wenn die Einstellung bahneigener oder Privaten gehöriger Salon-, Schlaf- oder sonstiger Personenwagen sowie besonders eingerichteter Krankenwagen gestattet wird, so sind für die Benutzung ohne Rücksicht auf die Achsenzahl Fahrkarten I. Klasse für so viel Personen, wie den Wagen benutzen, mindestens für 12 Personen für jeden eingestellten Wagen, zu lösen (s. jedoch Ziffer 5). Bei Einstellung von bahneigenen Schlafwagen wird daneben eine Gebühr für die Benutzung der Schlafplätze nicht erhoben.

3. In jedem der nach Ziffer 1 gestellten Wagen wird ein Begleiter (Wagenmeister) auf Grund eines von der vorgesetzten Dienststelle der den Wagen einstellenden Verwaltung auszufertigenden Ausweises auf den Benutzungs- und Leerfahrten des Wagens frei befördert. Der Ausweis berechtigt auch zur freien Fahrt mit einem anderen Zuge.

5. (1) Wird für die Beförderung von Kranken ein Gepäck- oder Güterwagen, ein Wagen IV. Klasse oder ein Wagen III. Klasse mit herausgenommenen Sitzen eingestellt, so sind für die Kranken, ohne Rücksicht auf ihre Zahl, 6 Fahrkarten II. Klasse der betreffenden Zuggattung zu lösen.

(2) Bei Benutzung eines besonderen Krankenabteils in Wagen III. Klasse, deren übrige Abteile dem allgemeinen Verkehr dienen, sind für die Kranken, ohne Rücksicht auf ihre Zahl, 4 Fahrkarten III. Klasse der betreffenden Zuggattung, mindestens aber für Eilzüge, zu lösen.

(3) Zwei Begleiter werden in dem Krankenwagen oder besonderen Krankenabteil frei befördert; weitere in demselben Wagen oder Abteil mitreisende Begleiter haben je

eine Fahrkarte III. Klasse der betreffenden Zuggattung, mindestens aber für Eilzüge, zu lösen.

(4) Die zur Bequemlichkeit und Notdurft der Kranken während der Fahrt nötigen Gegenstände können in dem Wagen oder in dem Krankenabteile gebührenfrei mitgenommen werden. Für das sonstige Reisegepäck ist die tarifmäßige Gepäckfracht zu entrichten.

6. Wenn für die Beförderung eines Kranken mit Transportbett ein Wagenabteil III. Klasse überlassen wird, so sind zwei Fahrkarten III. Klasse der betreffenden Zuggattung, mindestens aber für Eilzüge, und für jeden in dem Krankenabteil mitfahrenden Krankenbegleiter eine Fahrkarte III. Klasse der betreffenden Zuggattung, mindestens aber für Eilzüge, zu lösen.

7. Werden Wagen der in den Ziffern 1 und 5 genannten Art über Verbindungsbahnen befördert, die der Zug, in den sie eingestellt sind, nicht befährt, so werden außerdem Überführungsgebühren erhoben.

8. Bei Berechnung der Mindestgebühr in den Fällen zu 1, 5 und 6 werden zwei Fahrkarten zum halben Preise als eine Fahrkarte gerechnet.

9. Die Gebühren zu 4 und 7 sind auf der Abgangsstation vorauszubezahlen; der Besteller erhält einen Abfertigungsschein, den er bei Beendigung der Fahrt abzugeben hat."

Die Beförderung Erkrankter und Verletzter in Bahnwagen ist ja im Kriege ausreichend ausgebaut worden, um Erfahrungen zu verwerten. Auch für die Beförderung Erkrankter in Bäder sind auf den Bahnhöfen durch Bahren, Aufzüge und Abteile für Krankenaufnahme besondere Einrichtungen vorgesehen. Für die Desinfektion von Bahnwagen hat die schon erwähnte Ausführungsbestimmung 3 des preußischen Seuchengesetzes in Nr. 20, 21 und 26 besondere, etwas summarische Bestimmungen getroffen, die einfach die Vorschrift für die Raumdesinfektion auch auf diese Räume ausdehnen, im übrigen aber die Anweisungen der feuchten Desinfektion vom Krankenwagen auch auf Eisenbahnwagen übertragen. Die Industrie hat neuerdings zur Durchführung der Raumdesinfektion ganzer Wagen eigene Desinfektionsapparate konstruiert.

Eine besondere Aufgabe ist neuerdings für Rettungswesen und Krankentransport dem *Flugzeuge* zuerteilt. Da hier ein neuer sehr entwicklungsfähiger Gedanke vorliegt, seien die bisherigen Erfahrungen etwas ausführlicher wiedergegeben.

Die Verwendung von Flugzeugen zum Transport Schwerverwundeter geht auf die letzten Jahre des Weltkrieges zurück, hielt sich aber noch in engen Grenzen des Behelfsmäßigen. Seitdem der Flugzeugbau nach Kriegsende die bekannte Vervollkommnung erfuhr, haben die Kolonialkriege der Franzosen zu einer größeren Verwendung besonders eingerichteter Apparate geführt. Im Jahre 1922 wurden allein in Marokko über 1200 Verwundete durch das Flugzeug vom Kampfplatze befördert, von denen sicher der dritte Teil so schwer verletzt war, daß eine Beförderung zu Lande unheilvoll geworden wäre. Die zur Verwundetenbeförderung bestimmten Fahrzeuge, die zu Geschwadern zusammengestellt sind, enthalten entweder 4 Tragbahren oder je 2 Tragbahren und 2 zusammenklappbare Liegestühle; zur Einrichtung gehören Trinkwasserbehälter, Waschbecken, elektrisches Licht, Verbandstoffe, Medikamente und die notwendigsten chirurgischen Apparate. Auch die Dornierwerke in Friedrichshafen bauen jetzt Sanitätsflugzeuge, deren Einrichtungen sich aus den Abbildungen ergeben (Abb. 1—3). Reimer beschreibt sie in der Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen von 1926, Heft 25, dessen Schilderungen die Abbildungen 2—4 entnommen sind, folgendermaßen:

Sie sind nach jeder Richtung elastisch gegen Stöße gesichert. Bei der Anlage des Krankenraumes ist durch die Verwendung von Rahmenspanten und glatter Beplankung mit Duralblech ein völliges Freisein von allen Verspannungen erzielt worden. Die Tragbahren sind Steuerbord übereinander, die Sitze Backbord in Form einer langen, bequem gepolsterten Bank angebracht. Die Beleuchtung des Raumes ist bei Tage durch 3 Fenster Backbord, bei Nacht durch mehrere abblendbare Lampen gewährleistet. Das Gepäck kann unter der unteren Tragbahre oder in dem im hinteren Teil des Rumpfes gelegenen Gepäckraum untergebracht werden. Der Sitz des Wärters gibt beim Abheben seiner Deckplatte

Abb. 2. Sanitätsflugzeug.

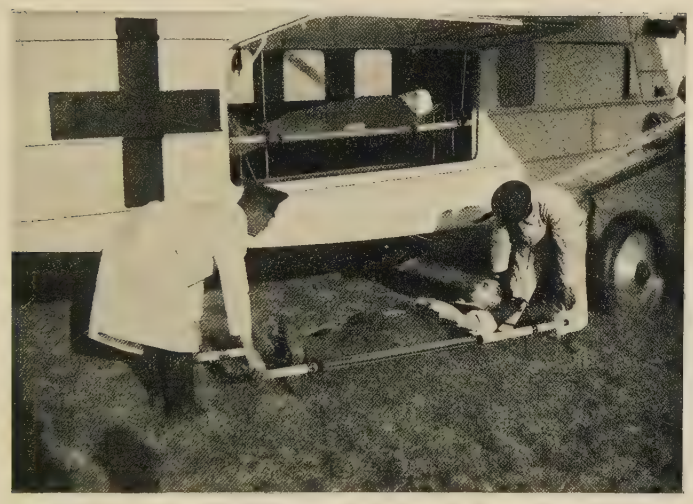


Abb. 3. Sanitätsflugzeug. Zugang.

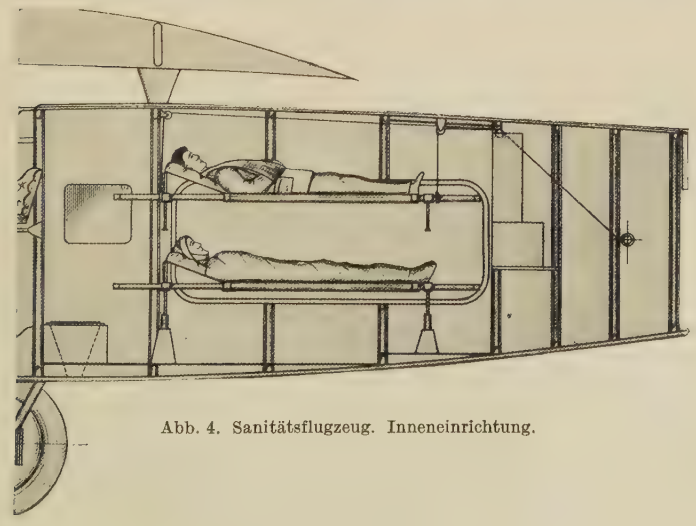


Abb. 4. Sanitätsflugzeug. Inneneinrichtung.

einen Ausguß frei. Diese Anordnung ermöglicht es, daß außer Führer und Wärter jedesmal 2 Schwerverletzte und 4 leichter Verletzte bzw. Erkrankte befördert werden können.

In einem im hinteren Teil des Rumpfes eingebauten Medizinschrank werden Medikamente, Verbandmaterial und Instrumente mitgenommen, um dringendste chirurgische Eingriffe, z. B. Stillung überraschend auftretender Blutungen, auch während des Fluges vornehmen zu können.

Das Dornier-Sanitätsflugzeug wird als halbfreitragender Eindecker in der bei den bisherigen Konstruktionstypen glänzend bewährten Bauart hergestellt, d. h. für alle hochbeanspruchten Teile findet Stahlblech, für die übrigen ausschließlich Duralumin Verwendung. Dadurch wird größte Zuverlässigkeit bei geringstem Gewicht erzielt.

Der Betrieb erfolgt durch einen am Rumpfvorderteil angeordneten Motor von etwa 4—500 PS. Der Betriebsstoff befindet sich in den beiden Flügeln rechts und links von dem Mittelstück in zwei Behältern von etwa 285 l Inhalt. Für längere Flüge können Zusatzbehälter am Rumpf untergebracht werden, aus denen die in den Flügeln liegenden Behälter gespeist werden. Die Höchstgeschwindigkeit beträgt etwa 185 km/Std.

Mit Rücksicht auf Forderungen der Hygiene ist die Ausführung des Rumpfes in Leichtmetall bedeutungsvoll. Dadurch wird die nach jedem Transport notwendige gründliche Desinfektion des Krankenraumes wesentlich erleichtert.

Die Vorzüge der Beförderung durch das Flugzeug sind die große Schnelligkeit, die Unabhängigkeit von Schwierigkeiten des Geländes und das Fehlen der Erschütterung und der Stöße. Die Betriebssicherheit wird als beträchtlich angegeben, keinesfalls ist sie ungünstiger, als beim Kraftwagenbetrieb. Von Australien wird gemeldet, daß seit kurzem für verstreute Siedlungen in wenig bewohnten Gegenden mit großen menschenleeren Zwischenstrecken von den Großstädten aus ein regelmäßiger Flugverkehr eingerichtet wurde, um Kranke mit Medikamenten und Krankenpflegemitteln zu versorgen und sie gegebenenfalls nach Krankenanstalten der Städte zu befördern. Australien hat weiter als erstes Land einen regelmäßigen *ärztlichen und zahnärztlichen Fliegerdienst* als Staatseinrichtung im Zusammenhang mit der Liga vom Roten Kreuz errichtet. Beteiligt sind 6 australische Kolonien. Die Flieger sind mit Medikamenten und chirurgischen Instrumenten ausgerüstet und dienen sowohl der Vermittlung ärztlicher Hilfe wie der Beförderung von Kranken in Anstalten. Jede Abteilung hat einen Radius von 200 englischen Meilen. Auch sonst wird vielfach berichtet, daß das Flugzeug als Retter gedient hat, wenn in schwer zugänglichen oder durch Wintereis oder aus sonstigen Gründen unzugänglich gewordenen Siedlungen Seuchen ausbrachen und es an Hilfsmitteln, Impfstoffen, Medikamenten gebrach. Hier genügt natürlich jedes nicht besonders für Aufgaben der Krankenbeförderung hergerichtete Flugzeug.

VII. Sanitätskolonnen.

Die Ausbildung von Sanitätsmannschaften gehört in Preußen zu den Aufgaben des Preußischen Landesvereins vom Roten Kreuz, dessen Zentralstelle Berlin ist und das über etwa 300 Zweigvereine verfügt. Diese Vereine bilden in regelmäßigen Lehrgängen Hilfsmannschaften aus, die bestimmt sind, im Kriege Sanitätshilfsdienste zu leisten, die aber auch für den Rettungsdienst im Frieden herangezogen werden. Dort, wo Rettungswachen überhaupt in den Händen des Roten Kreuzes liegen, versehen sie den Krankenpflege- und Krankenbeförderungsdienst, sowie den Dienst der Heilgehilfen. Von der Ausdehnung dieser Tätigkeit des Roten Kreuzes in Preußen geben die folgenden Zeilen ein Bild.

Es bestanden 1924 in Preußen 1045 Sanitätskolonnen mit 34753 Mitgliedern. Diese Sanitätskolonnen unterhielten in Preußen 12839 Rettungswachen, Krankenpflege-, Transport- und Desinfektionseinrichtungen, die 202916mal von Hilfsbedürftigen in Anspruch genommen wurden. Insgesamt leistete diese Organisation Hilfe 46909mal bei Aufzügen, Veranstaltungen zur Pflege der Leibesübungen, Volksfesten u. dgl., 268mal bei inneren Unruhen, 81915mal bei öffentlichen Notständen, Eisenbahnunfällen, Feuersbrünsten, Fabrikunfällen usw. Die Ausbildung der ausnahmslos freiwillig und ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Sanitätskolonnen, Pflegerschaften und Samaritervereine vom Roten Kreuz

erfolgt grundsätzlich durch Ärzte (Vereinsmitglieder) in gründlichen Ausbildungs- und Wiederholungskursen.

Schon vor dem Kriege hatte die Arbeiterschaft begonnen, eigene Arbeitersamaritervereine zu errichten, die, wenn es auch sehr unerfreulich ist, daß eine Klassentrennung für ein rein humanitäres Werk gewählt wird, sich gut entwickelten und Gutes leisteten. In der Nachkriegszeit hat diese Scheidung sich weiter ausgebreitet, und namentlich die kommunistische Partei hat sich eine eigene Sanitätskolonne mit scharf betonter Trennungslinie angegliedert, während die Arbeitersanitätsvereine dort, wo die Klassengegensätze sich abmilderten, vielfach sich in die allgemeinen Vorbereitungen zur Sicherung bei Menschenansammlungen eingliederten.

Literatur.

1. Alexander, S.: Geschichte der Berliner Rettungsgesellschaft. Festschrift für E. v. Bergmann. Berlin: Aug. Hirschwald 1906. – 2. Bericht über die Sitzungen des Ausschusses für das Rettungswesen des Landesgesundheitsrates. Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt. Bd. 25, Nr. 7. Berlin: Schoetz 1926. — 3. Cramer, H.: Der Deutsche Zentralverband für Rettungswesen. Festschrift für den II. Internat. Kongreß in Wien. Berlin: Richard Schoetz 1913. – 4. Dietrich, E.: Fürsorge für Kranke durch die Gesetzgebung. Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. Berlin: Aug. Hirschwald 1906. — 5. Esmarch, Friedrich: Samariterbriefe. Kiel: Lipsius & Tischer 1886. — 6. Frank, Erwin: Entwicklung und gegenwärtiger Stand des Rettungs- und Krankentransportwesens in Deutschland. Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt. Bd. 21. Berlin: Schoetz 1925; — 7. — Das Rettungswesen in Großstädten. Bericht über den ersten internat. Kongreß für Rettungswesen 1908. 8. — Die Grenzen erster Hilfe in den Rettungsstellen des Berliner städtischen Rettungswesens. Med. Klinik 1914, Nr. 15; 9. — Die Neugestaltung des Berliner städtischen Rettungswesens. Dtsch. med. Wochenschr. 1922, Nr. 15. — 10. Gottstein, Adolf: Die Organisation des Rettungswesens in Berlin und seinen Vororten. Jena: G. Fischer 1913; 11. — Zur Unfallstatistik. Med. Reform 1911. — 12. Heymann u. Freudenberg: Morbidität und Mortalität der Bergleute im Ruhrgebiet. Essen: Baedeker 1925. — 13. Meyer, George: Die Entwicklung des Rettungswesens im Deutschen Reich. Berlin: Aug. Hirschwald 1908; 14. — Fürsorge auf dem Gebiet des Rettungs- und Krankentransportwesens. Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. Berlin: Aug. Hirschwald 1902. — 15. Vorschläge zur Reform der bisherigen Einrichtungen für Beschaffung ärztlicher Hilfe bei Unfällen. Ausgearbeitet vom Ärzte-Verein Berlin-West. Berlin: A. Paul & Co. 1890.

Rettungswesen in Seenot.

Von

Johann Winter

Hamburg.

Mit 7 Abbildungen.

Da es im Rahmen eines kurzen Artikels nicht möglich ist, einen Überblick über die gesamten Unfallverhütungsmaßnahmen, welche sich sowohl auf die Bauart des Schiffes als auch seiner Maschine erstrecken, zu geben, so soll mit Nachstehendem der Versuch gemacht werden, eine kurze Beschreibung der Vorkehrungen zu geben, die an Bord von Schiffen und an Land zum Schutze des menschlichen Lebens auf See resp. zur Rettung Verunglückter oder ganzer Besatzungen vorhanden sind:

Der gewöhnliche Rettungsring.

Dieser besteht meistens aus einem Segeltuchbezug, der mit Korkstücken oder mit Kapok dicht gefüllt ist. Eine Füllung der Rettungsringe mit Korkabfällen oder Renntierhaaren, wie sie früher gelegentlich verwandt worden ist, ist nicht mehr zulässig. Der Rettungsring muß imstande sein, ein Eisengewicht von mindestens 14 kg 24 Stunden im Wasser zu tragen, ohne unterzugehen. Die Form desselben ist aus Abb. 1 zu ersehen. Am Umfang ist der Ring, sei er rund oder hufeisenförmig, mit einer Sicherheitsleine versehen, an der sich der Verunglückte zuerst festhält, um alsdann den Versuch zu machen, in den Ring hineinzuschlüpfen. Die Ringe sind an den verschiedensten Stellen des Schiffes so angebracht, daß sie ohne irgendwelche Vorbereitungen über Bord geworfen werden können. Sie erhalten roten Farbanstrich, da es sich herausgestellt hat, daß dieser bei bewegter See, wenn diese mit weißen Schaumköpfen bedeckt ist, am besten auf große Entfernung sichtbar ist. Ein oder mehrere Ringe sind auch mit einer Leine von mindestens 28 m Länge versehen, damit man in gewissen Fällen den Verunglückten, nachdem er den Ring erfaßt hat, wieder an das Schiff heranziehen kann. Der Erfolg im Gebrauch der Rettungsringe hängt im wesentlichen von der Geschwindigkeit und Geschicklichkeit, mit der sie gebraucht werden, ab. Oft versucht man, nach dem Überbordwerfen eines Rettungsringes durch gleichzeitiges Überbordgießen von Öl die Rettungsaktion zu unterstützen. Dieses Öl ruft dadurch, daß es sich auf der Wasserfläche verbreitet, ein Glätten der See hervor.

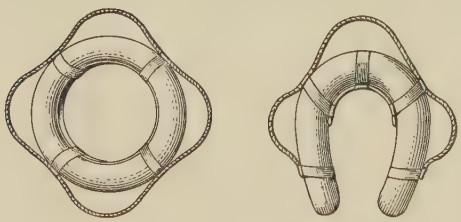


Abb. 1. Der gewöhnliche Rettungsring.

Die Nachtrettungsboje.

Fällt jemand in der Dunkelheit über Bord, so wird zur Rettung die sog: Nachtrettungsboje benutzt. Diese besteht, wie aus der Abbildung ersichtlich ist, aus einem gewöhnlichen Rettungsring, an dem mittels $1^1/_2$ m langer Leine ein Blechbehälter befestigt ist. Der Behälter ist normalerweise an Bord festgebunden. Durch gewaltsames Abreißen von seiner Befestigungsstelle wird der Behälter teilweise geöffnet, alsdann dringt, wenn er ins Wasser fällt, in die Öffnung Wasser ein, welches sich sofort mit dem Inhalte, bestehend aus Phosphor-Calcium, vermischt und ein helles Licht aufflammen läßt, das annähernd 1 Stunde brennt. Hierdurch wird das Auffinden des Ringes sowohl für den im Wasser Treibenden als auch das zur Umkehr gezwungene Schiff sehr erleichtert. Derartige Ringe kann man auch am Tage sehr erfolgreich verwenden, da dann die Rauchentwicklung die Unfallstelle auf größere Entfernung kenntlich macht.

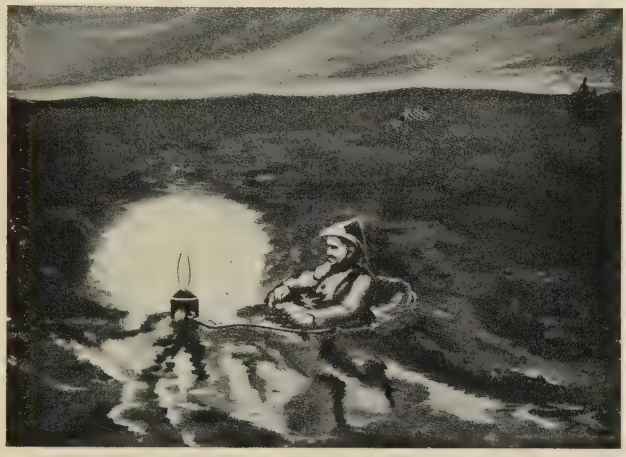


Abb. 2. Seemann, bei Nacht im Rettungsring treibend, nachdem er ihn durch die leuchtende Fackel gesehen und ergriffen hat.

Schwimmwesten.

Als ein weiterer wichtiger Rettungsgegenstand sind die Schwimmwesten zu bezeichnen (s. Abb. 3). Eine derartige Weste muß für jede an Bord befindliche Person vorhanden sein. Sie sind meistens mit Korkstücken oder Kapok gefüllt und sind von allen Personen anzulegen, wenn der Untergang des Schiffes, sei es bei einer Strandung, sei es bei einem Brand oder einem Leckspringen des Schiffes oder aus sonstigen Gründen, es notwendig macht. Diese Schwimmwesten werden wie eine gewöhnliche Weste angelegt und mit Bändern zusammengebunden. Es wird Wert darauf gelegt, nur solche Formen zu verwenden, von denen

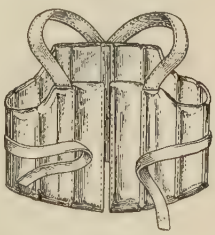


Abb. 3. Schwimmwesten.

auch jeder Laie oder verängstigte Passagier sofort weiß, wie er sie anlegen muß. Westen, bei denen nicht jeder weiß, ob man sie über den Kopf streifen oder mit den Armen oder Beinen zuerst hineinsteigen soll, eignen sich absolut nicht für besagten Zweck. Schwimmwesten müssen normalerweise eine Tragfähigkeit von

mindestens 8 kg Eisen haben, ohne dabei ganz unterzugehen. Auf diese Weise ist eine Gewähr geschaffen, daß ein erwachsener Mensch in voller Kleidung viele Stunden sich über Wasser halten kann.

Bei dieser Gelegenheit sei gleich eine Bemerkung über die unendlich große Anzahl Erfindungen gemacht, die patentiert sind und die Rettung einzelner oder mehrerer Personen bezwecken sollen. Fast alle diese Erfindungen weisen den Übelstand auf, daß sie komplizierter und mithin für den Bordgebrauch weniger geeignet sind als die gewöhnlichen Rettungsringe und Schwimmwesten. Viele Erfinder haben Rettungsgeräte entworfen, die nach dem Prinzip der Luftkissen konstruiert sind. Derartige Geräte werden prinzipiell nicht von der Seeberufsgenossenschaft anerkannt, da ein Vorbereiten mittels Luftpumpe oder ähnlicher Hilfsmittel, wie z. B. Chemikalien, die bei der Berührung mit Wasser ein Gas bilden, nicht zugelassen werden kann. Meistens stammen diese Erfindungen von Leuten aus dem Binnenlande, die nie mit der See in Berührung gekommen sind.

Rettungsboote.

Das wichtigste Rettungsmittel bei Schiffsunfällen auf See, wenn es sich nicht um die Rettung einzelner Personen, sondern ganzer Besatzungen handelt, sind die Rettungsboote. Diese müssen in genügender Anzahl an Bord vorhanden sein, damit die gesamte Besatzung einschließlich Passagiere aufgenommen werden kann, wobei man ungefähr 4 Personen auf 1 cbm Bootsraum rechnet. Die Boote stehen meistens auf dem obersten Deck, wo sie gegen überkommende Seen geschützt sind. Für das Zuwasserlassen werden die verschiedenartigsten Konstruktionen, sog. Davits, benutzt. In den letzten Jahren ist eine Reihe neuer Vorrichtungen zur Einführung gelangt, die es ermöglichen, daß 2 Mann ohne große Kraftanstrengung ein Boot ausschwingen und dann zu Wasser lassen können. Auf Passagierdampfern sind die Boote so stark gebaut, daß sie mit voller Besetzung zu Wasser gelassen werden können. Die im Gebrauch befindlichen größten Boote fassen 88 Personen. Gerade augenblicklich sind Pläne entworfen für Riesenrettungsboote, die 150 Personen fassen sollen. Das zum Rettungsboot gehörige Inventar ist sehr umfangreich. Es muß für jede Ruderbank 1 Riemen vorhanden sein, zum Ausschöpfen von eindringendem Wasser ein Schöpfeimer, zum Steuern ein Ruder, zum Befestigen des Bootes — solange es sich noch nicht von der Schiffsseite entfernt hat — dient eine starke Fangleine und zum Kappen derselben, falls es erforderlich wird, ein Kappbeil. Um bei Nacht Notsignale abgeben zu können, ist eine wasserdichte Blechdose mit selbstentzündlichen Rotfeuern sowie eine Laterne, deren Brenndauer mindestens 8 Stunden beträgt, vorgesehen. Zur Ernährung der Schiffbrüchigen dient in wasserdicht verschließbaren Behältern aufbewahrtes gutes Hartbrot sowie in ebensolchen Behältern befindliches Trinkwasser. Neuere Vorschriften sehen sogar noch für jede Person 1 Pfund kondensierte Milch vor. Zur Fortbewegung des Bootes dienen außer Riemen auch Mast und Segel. Bei schwerer See, wenn eine Fortbewegung durch Riemen oder Segel nicht mehr angängig ist, wird ein Treibanker benutzt, der in Verbindung mit einem Quantum Öl, welches durch eine geeignete Vorrichtung verteilt wird, zur Beruhigung der Wellen dient. Hierdurch wird es dem Boote ermöglicht, sich auf See zu halten. Zur Orientierung dient ein Bootskompaß. Damit das Rettungsboot, wenn es von der See vollgeschlagen ist, nicht sinkt, ist es mit großen Luftkästen ausgerüstet, welche mindestens 10% des gesamten Bootsinhaltes betragen müssen. Eine ganz besondere Schwierigkeit bei Schiffsunfällen besteht darin, auch tatsächlich alle Rettungsboote zu Wasser zu bekommen, bevor das Schiff sinkt oder bevor es eine so große Schlagseite annimmt, daß die Boote von einer Seite nicht mehr zu Wasser gelassen werden können. Im Laufe der Jahre sind viele Erfin-

dungen gemacht und auch patentiert worden, die es ermöglichen sollen, auf jeden Falle alle Boote zu Wasser zu bringen. Ein wirklich ideales und brauchbares System ist aber noch nicht erfunden. In früheren Jahren sind nach größeren Schiffsunfällen von den Angehörigen Verunglückter wiederholt große Belohnungen ausgesetzt worden für eine Erfindung, die Schiffsuntergänge verhindert oder bei einem Schiffsuntergang wenigstens die Rettung aller Personen ermöglicht, sei es dadurch, daß das Schiff unsinkbar konstruiert wird, oder dadurch, daß Rettungsmittel geschaffen werden, die auf jeden Fall die Rettung aller Menschen möglich machen.

Wenn die Boote mittels der sog. Davits und Taljen, wie aus der Abb. 4 ersichtlich ist, zu Wasser gelassen sind, spielt sich der Vorgang folgendermaßen ab:

Abb. 4. Rettungsboote am Davit.

Die Bootstaljen werden so schnell wie möglich ausgehakt und die Besatzung versucht das Boot mittels Riemen und Bootshaken von der Bordwand des untergehenden Schiffes freizubekommen und sich möglichst schnell aus der gefahrbringenden Nähe zu entfernen. Außer den Passagieren befinden sich im Boot einige Mann der Besatzung, die natürlich mit der Handhabung eines Bootes vertraut sein und vor allen Dingen die Riemen zu gebrauchen verstehen müssen. Derartig gut ausgebildete Leute zu finden, macht in der heutigen Zeit größere Schwierigkeiten als in der Vorkriegszeit. Auf großen Passagierschiffen müssen daher nicht nur die Matrosen, sondern auch die Stewards und das Maschinen- und Kesselraumpersonal im Bootsdienst ausgebildet sein.

Wenn es sich um gewöhnliche Frachtdampfer oder um Segelschiffe handelt, welche nicht mit drahtloser Telegraphie ausgerüstet und mithin nicht in der Lage sind, vor dem Untergang funkentelegraphisch Hilfe von anderen Schiffen herbeizurufen und ihnen die Position anzugeben, wohin das Hilfe bringende Schiff

eilen soll, so müssen mit dem Rettungsboot evtl. große Strecken über See zurückgelegt werden. Zu diesem Zwecke ist das Boot, wie vorerwähnt, mit allen erforder-

Abb. 5. Untergehendes Schiff.

lichen Hilfsmitteln, als da sind: Mast und Segel, Kompaß, Trinkwasser usw. ausgerüstet.

Hat das verunglückte Schiff aber, wie dies heute allgemein auf großen Schiffen der Fall ist, drahtlose Telegraphie an Bord, so wird nach dem Eintreten eines Unfalls, der Hilfe von anderen Schiffen notwendig macht, das internationale Signal

Abb. 6. Pontonrettungsboot.

S.O.S. abgegeben und allen Schiffen, die auf dasselbe antworten oder vielmehr zur Antwort verpflichtet sind, die Position aufgegeben. Können die Menschen nicht bis zur Ankunft des rettenden Schiffes an Bord bleiben, so müssen sie in die Boote gehen, die in diesem Falle versuchen müssen, möglichst zusammen zu bleiben, um von dem rettenden Schiff ohne Verzug aufgenommen zu werden. Es kommen also für derartige Fälle Mast und Segel und andere Mittel zur Fortbewegung weniger in Frage. Nebenstehend ist eine Abbildung (Abb. 5) wieder-

gegeben, von einem untergehenden englischen Schiff, dessen Besatzung kürzlich nach schwerer Rettungsarbeit von einem deutschen Dampfer im Nordatlantischen Ozean gerettet wurde. Tagelang war es dem Rettungsboot unmöglich, eine Verbindung mit dem verunglückten Schiff herzustellen.

Ein anderes Bild stellt das übliche Bootsmanöver, Ausschwingen und Zuwasserlassen aller Boote dar, wie es sich bei einem großen Passagierdampfer abspielt.

Kurz erwähnt seien auch noch die nebenstehend abgebildeten Pontonrettungsboote (Abb. 6), die als Hilfsbootsraum Verwendung finden, wenn nicht für alle Passagiere genügend Bootsraum untergebracht werden kann.

Raketen-Apparate.

Für die Rettung von Besatzungen gestrandeter Schiffe gibt es fast in allen zivilisierten Ländern sog. Rettungsstationen. In Deutschland werden diese Stationen von der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger, welche ihren Sitz in Bremen hat, unterhalten. Es gibt an der deutschen Küste über 100 derartige Stationen, von denen ein Teil auch noch mit Raketenapparaten ausgerüstet ist. Es lohnt sich, auf diese Einrichtung etwas näher einzugehen, denn viele 100 Männer sind zur Bedienung dieser Rettungsstationen an der deutschen Küste jahraus, jahrein, jederzeit bereit, ohne eine Entschädigung für ihre so aufopfernde Tätigkeit zu erhalten, ihr Leben für die Rettung Schiffbrüchiger einzusetzen.

Die Rettungsstationen treten in Tätigkeit in erster Linie bei einem gestrandeten Schiffe. Es handelt sich hier meistens um Fälle, in denen ein Schiff vom Sturm an die Küste geworfen ist und dann in der Brandung liegend, ständig von Sturzseen überschwemmt wird. Der weitere Vorgang spielt sich dann folgendermaßen ab:

Das Schiff zeigt bei Nacht mittels Leuchtkugeln oder anderem Feuerwerk, bei Tage durch Flaggensignale an, daß es Hilfe braucht. Sobald nun der nächsten Rettungsstation der Sachverhalt bekannt wird, wird das Rettungsboot — und zwar gibt es gewöhnliche Ruderboote, Segelboote und auch Motorrettungsboote — entweder aus einem Schuppen am Strand auf Schienen herausgerollt und direkt zu Wasser gebracht, oder, wenn die Unfallstelle weit entfernt liegt, auf einem Wagen dorthin geschafft. Die Rettungsmannschaft versieht sich mit Korkwesten und versucht, so schnell wie möglich, sich mit dem Boot durch die Brandung dem gestrandeten Schiffe zu nähern, um durch geschicktes manövrieren die Schiffbrüchigen ins Boot überzunehmen. Da bei stürmischem Wetter ein Anlegen an dem gestrandeten Schiff nicht möglich ist, so müssen die Schiffbrüchigen oft durch das Wasser hindurch an einer Leine herübergezogen werden, wobei sich jeder vorher natürlich eine Schwimmweste umbindet, oder sie müssen, während das Boot in kurzer Entfernung auf der vom Sturm geschützten Seite des Schiffes sich befindet, einfach über Bord springen und sich auffischen lassen. Während der Rettungsaktion muß von seiten des gestrandeten Schiffes möglichst noch Gebrauch von Öl zur Beruhigung der Wellen gemacht werden. Wenn Sturm und Brandung jedoch zu groß sind, geschieht die Rettung auf eine andere Weise. Man nimmt dann den sog. Raketenapparat zur Hilfe (Abb. 7). Dieser besteht aus einer Kanone, mit der zuerst eine leichte Leine über das Schiff zu schießen versucht wird. Gelingt dies, so muß die Besatzung des gestrandeten Schiffes an dieser dünnen Leine eine starke Leine, das sog. Rettungstau, zum Schiff herüberholen. Dieses Tau wird am Mast oder sonst einem möglichst hochgelegenen Punkte des gestrandeten Schiffes befestigt und gleichfalls an Land. Alsdann wird, wie aus der Abbildung ersichtlich, mittels eines sog. Jolltaues eine Verbindung zwischen

Schiff und Land hergestellt. Die Verunglückten werden dann in sog. Hosenbojen an Land geholt. Dieses Verfahren ermöglicht es auch, Verunglückte, Erschöpfte sowie Frauen und Kinder verhältnismäßig gefahrlos durch die Brandung an Land zu bringen. Das Verfahren läßt sich natürlich nicht auf größere Entfernungen als 300 bis 400 m von Land aus anwenden, hat aber den Vorteil, daß die Rettung ohne Gefahr für die Rettungsmannschaft vorgenommen, sowie daß der Raketenapparat schnell von seinem Aufbewahrungsort an die Unfallstelle gebracht werden kann. Für die Rettung mittels Raketenapparates ist es von außerordentlicher Wichtigkeit, daß die Mannschaft des gestrandeten Schiffes sich genau an die Vorschriften hält, die zur erfolgreichen Bedienung des Apparates Grundbedingung sind. Zu diesem Zwecke ist auf jedem Schiffe an sichtbarer Stelle eine Zinktafel angebracht, welche mit Abbildungen versehen ist und genaue Anweisungen zur Handhabung des Raketenapparates enthält, denn eine Verständigung mit der Rettungsmannschaft durch Sturm und Brandung hindurch ist meistens unmöglich.

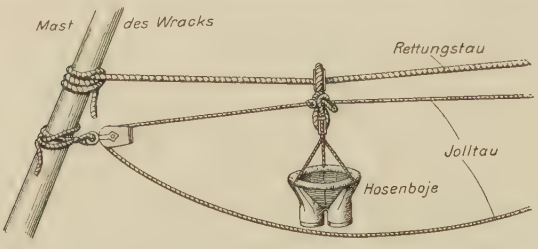


Abb. 7. Raketenapparat.

In den 60 Jahren ihres Bestehens hat die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger über 5000 Menschen vor dem sicheren Tode des Ertrinkens gerettet. Ein solches Unternehmen, das sowohl an die menschliche Kraft wie auch an das Material außerordentliche Anforderungen stellt, bedarf naturgemäß großer Mittel. Woher kamen und kommen diese? Edle Menschenfreunde haben das Werk organisiert und ohne jede staatliche Hilfe die Mittel durch Beiträge, Spenden, Stiftungen und letztwillige Verfügungen zusammengebracht. Auch heute noch hat die Gesellschaft schwer zu kämpfen, um nur die Kosten für die allernotwendigsten Unterhaltungsarbeiten aufzubringen. Die Mittel für dringende Erneuerungen von Rettungsbooten, insbesondere der Motorboote, fehlen. Die stolze Zahl von über 55 000 Mitgliedern vor dem Kriege ist zusammengeschmolzen; jetzt sind es trotz eifriger Werbearbeit erst wieder soviel wie vor 45 Jahren. Jeder Binnenländer, der einmal an die Küste und mit der See in Berührung kommt, versäume nicht, wenn er die Sammelstellen der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger erblickt, sein Scherflein zu diesem edlen Menschenwerk beizutragen, eingedenk der Parole der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger:

„Seemann in Not".

Das Rettungswesen im Bergbau.

Von

Wilh. Korte und **E. Koch**

Bochum i. W.

Mit 17 Abbildungen.

Um in Grubenbetrieben, die zu gewissen Zeiten mit unatembaren Gasen angefüllt sind, arbeiten zu können, bedient man sich der *Atmungs- oder Rettungsgeräte*. Vor nunmehr 30 Jahren setzte eine rührige Tätigkeit im Bau von Atmungsgeräten ein. Anlaß dazu gaben mehrere große Grubenbrände und Explosionen. Dank einiger großer deutscher Techniker und Wissenschaftler war es möglich, die Geräte bis zur heutigen Leistungsfähigkeit auszubauen. Die Geräte, welche es dem Bergmann ermöglichen, in mit unatembaren Gasen angefüllten Grubenräumen Arbeiten verrichten zu können, teilt man ein in Geräte mit Luftzuführung von außen (Schlauchgeräte) und in Geräte, die von der Außenluft unabhängig sind, d. h. solche, welche ihre Atmungsluft in Form von komprimiertem Sauerstoff mit sich führen (Sauerstoffgeräte).

Schlauchgeräte.

Die in heutigen Grubenbetrieben benutzten Schlauchgeräte sind Druckschlauchgeräte, d. h. die Atmungsluft wird mit einem gewissen Überdruck in das Atmungsgerät hineingedrückt. Sie bestehen aus einem Rauchhelm, dem Luftschlauch und dem Blasebalg. Der obere Teil des Rauchhelmes besteht aus steifem Leder in Kappenform, woran sich der untere weichere Teil anschließt, der bis auf die Schultern herabfällt und durch einen Riemen um den Hals zusammengezogen wird. Zum Durchsehen befinden sich an der vorderen Seite aufklappbare Fenster. Für die Luftzuführung sind zu beiden Seiten unterhalb des Fensters Schlauchstutzen angebracht, die sich in einer Gabelung auf dem Rücken des Trägers vereinigen. Für das Entweichen der ausgeatmeten und überflüssigen Luft sind im Oberteil des Helmes vielfach Ventile angebracht, welche sich durch den inneren Überdruck öffnen. Der größte Teil der Luft entweicht jedoch durch die Halskrause. Auf vollkommene Dichtigkeit braucht bei diesem Gerät kein Gewicht gelegt zu werden, da immer ein Überdruck an frischer Luft vorhanden ist.

Der Luftzuführungsschlauch ist durch eine Innenspirale vor Beschädigung geschützt. Als Luftzuführungsgerät benutzt man doppelt wirkende Blasebälge, welche zum Druckausgleich noch eine dritte Kammer enthalten. Ein solch doppelt wirkender Blasebalg ermöglicht eine gleichmäßige und stoßfreie Luftzuführung. Bei diesen Geräten ist es Bedingung, daß der Blasebalg in frischer Luft aufgestellt wird. Die Zuführung der Luft muß regelmäßig und in solchem Maße erfolgen, daß die ausgeatmete Luft durch die zugeführte verdrängt wird und ein Eindringen von giftigen Gasen von außen her unmöglich ist.

Die Vorteile der Schlauchgeräte bestehen darin, daß ihr Gewicht gering ist, so daß es bei der Arbeit nicht so sehr hindert. Ein Nachteil dieser Geräte ist der, daß der Luftzuführungsschlauch mit zunehmender Entfernung der Arbeitsstelle schwerer wird und Verwicklungen und Beschädigungen ausgesetzt sind. Daher darf die Entfernung der Arbeitsstelle nicht so groß sein. Auf Entfernungen, die das Nachziehen der Schläuche noch gut gestatten, ist die Verwendung derselben von großem Vorteile. Es werden deshalb diese Geräte besonders bei länger andauernden, und vor allem stationären Arbeiten angewandt, z. B. bei Löscharbeiten und beim Herstellen von Branddämmen.

Da heute auf allen Schachtanlagen Preßluftleitungen beinahe bis vor jeden Betriebspunkte liegen, empfiehlt es sich, die Atmungsluft für Schlauchgeräte aus der Druckluftleitung zu entnehmen. Jedoch muß dann der Druck durch ein Druckverminderungsventil zwischen Preßluftleitung und Schlauch geregelt werden.

Sauerstoffrettungsgerät.

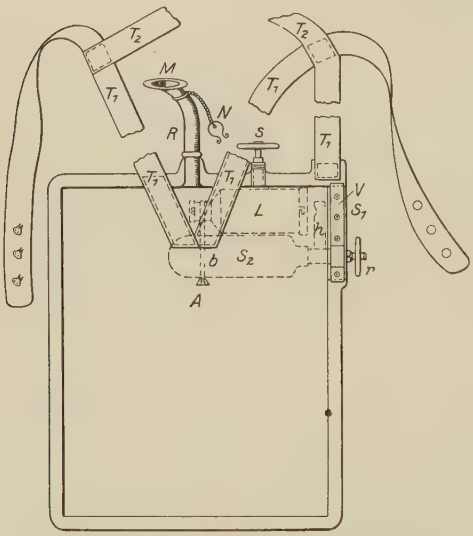


Abb. 1. Pneumatophor (Walcher-Gaertner).
A Atmungsbeutel; *M* Mundstück; *R* Atmungsrohr; S_1 Schlitz im Beutel; $T_{1,2}$ Tragbänder (abnehmbar); *N* Nasenklemme; *L* Laugenapparat; S_2 Sauerstoffflasche; *V* Verschlußschienen; *b* Bandschlinge; *h* Aufsatzröhrchen; *r* Ventilrädchen; *s* Schraubenspindel.

Ist bei Schlauchgeräten Bedingung, soviel frische Luft zuzuführen, daß die ausgeamtete durch neu hinzugeführte verdrängt wird, so werden bei den Sauerstoff- oder Luftreinigungsgeräten die Atmungsorgane vollständig von der Außenluft abgeschlossen. Die in der ausgeatmeten Luft enthaltene Kohlensäure wird durch ein Chemikale gebunden und die gereinigte Luft nach Zusatz von reinem Sauerstoff den Atmungsorganen wieder zugeführt.

Dieser Gedanke wurde verwirklicht im Jahre 1895 durch den Bau des Pneumatophors von Walcher und Dr. Gaertner (Abb. 1).

Bei der Herstellung dieses Gerätes trug man sich mit dem Gedanken, den Sauerstoff der ausgeatmeten Luft für die weitere Atmung wieder zu verwenden. Dieser Apparat, dessen Atmungssack aus gummiertem Stoff bestand und an welchen das Mundstück und die Tragriemen befestigt waren, diente zur Aufnahme einer kleinen Sauerstoffflasche von 60 l Inhalt. Der Atmungsvorgang war folgender: Das Mundstück wurde zwischen Zähne und Lippen genommen und die Nase durch eine Federklemme verschlossen; die Ausatmung erfolgte in den Atmungsbeutel. Hier wurde durch die Natronlauge die Kohlensäure der Atmungsluft absorbiert. Dann wurde die Sauerstoffflasche etwas geöffnet und ungefähr dasselbe Quantum an Sauerstoff zugesetzt, so daß eine gute Atmungsluft im Beutel vorhanden war. Bei dem Bau dieses Gerätes dachte man mehr an ein Rettungsgerät, sei es an einen Selbstretter oder um andere Personen damit zu retten. Da dieses Gerät nur eine Benutzungsdauer von ungefähr einer Stunde hatte und sich verbesserungsbedürftig zeigte, wurde es bald durch die Bemühungen des Bergwerksdirektors G. A. Meyer (Zeche Shamrock 1/2) mit einer Reihe wichtiger Verbesserungen ausgerüstet. Die Verbesserungen bestanden in einer zweckmäßigen Ge-

wichtsverteilung, d. h. Rücken und Brust wurden gleichmäßig belastet in einer Benutzung von 1 l 42proz. Natronlauge und Verdoppelung der Sauerstoffmenge Durch diesen Umbau wurde es gleichzeitig in ein Arbeitsgerät verwandelt. Rastlose und unermüdliche Tätigkeit hatte zur Folge, daß man nach 1 bis 2 Jahren auf vielen Gruben schon eine ausgebildete und schlagfertige Rettungstruppe besaß.

Mußte bei dem Pneumatophor die Zufuhr des Sauerstoffes selbst vom Träger des Apparates geregelt werden, wodurch dieser bei seinen Arbeiten behindert wurde, so kam man durch die Erfindung des Giersbergschen Apparates (durch die Sauerstoff-Fabrik Berlin und des Drägerwerk in Lübeck) durch Einbauen eines Reduzierventils und Injektors auf eine konstante Dosierung und zwangläufigen Luftumlauf. Gleichzeitig ging man von der flüssigen Absorptionsmasse zu einer festen über (Ätzkali und Ätznatron, Abb. 2).

Bei dem Pneumatophor wurde die Ausatmungsluft in den Atmungsbeutel hineingeatmet und die gereinigte, mit Sauerstoff angereicherte Luft wieder eingeatmet (Pendelatmung). Bei dem Giersbergschen Apparat wurde durch den Einbau der Strahldüse ein zwangläufiger Kreislauf der Atmungsluft hervorgerufen, d. h. die ausgeatmete Luft wurde von der Strahldüse kurz vor dem Mund oder aus dem Atmungsbeutel fortgesaugt, durch den Regenerator geführt, dort von Kohlensäure befreit und nach Vereinigung mit neuem Sauerstoff an der Strahldüse dem Einatmungsbeutel wieder zugeführt. In der ersten Zeit seiner Erfindung war dieser Apparat noch mancherlei Umänderungen unterworfen, bis das Drägerwerk um das Jahr 1904 mit einem gänzlich umgearbeiteten und mit Neuerungen versehenen Apparat herauskam.

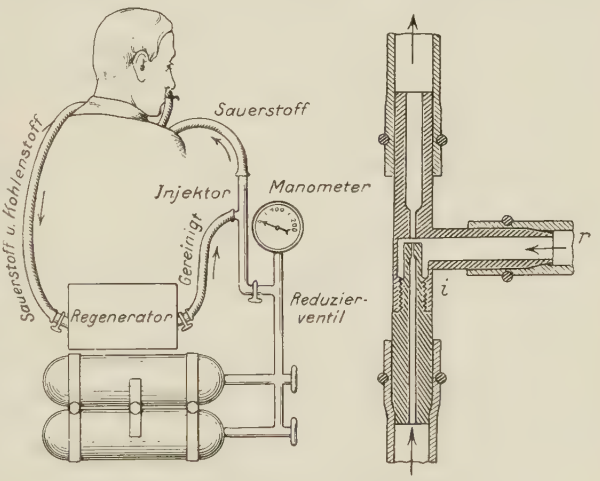


Abb. 2. Sauerstoffgerät nach Giersberg.

Die Verbesserungen bestanden darin, daß der Apparat für Helm- und Mundatmung benutzt werden konnte, weiter in der Unterbringung einer größeren Menge Chemikae auf horizontalen Schalen in den Luftreinigungspatronen, und Steigerung der zwangläufigen Umlaufsflut im Apparat, sowie in dem Anbringen eines Manometers, wodurch es dem Führer der Rettungsmannschaft ermöglicht war, den abnehmenden Druck in den Sauerstoffflaschen zu beobachten.

Befinden sich bei dem Drägerapparat alle Teile auf dem Rücken, außer Atmungsbeutel und Helm, so erstrebte G. A. Meyer mit dem Weiterausbau seines Shamrockgerätes die gleichmäßige Gewichtsverteilung, indem er im Atmungsbeutel auf der Brust die Regenerationsmasse (Ätzkali) beibehielt, dagegen die Sauerstoffzylinder, das Reduzierventil, den Injektor und das Manometer auf dem Rücken anordnete.

Durch die Vereinigung der Maschinenfabrik Westfalia mit der Sauerstoff-Fabrik Berlin übernahm erstere den Weiterausbau des Shamrock-Gerätes und nannte es später Westfalia-Gerät (bis zu dieser Zeit wurden die Shamrock-Geräte von der

Sauerstoff-Fabrik Berlin gebaut). Die Maschinenfabrik Westfalia legte den Regenerator wieder auf den Rücken, so daß die Brust nur mit dem Atmungsbeutel und Helm bzw. mit Atmungsbeutel und Mundstück belastet war.

Diese zuletztgenannten Apparate (Dräger, Shamrock, und Westfalia) wurden mehrere Jahre nebeneinander in vielen Bergwerksbezirken benutzt. Fast alle Gruben waren in der Lage, einige gut ausgebildete Rettungstrupps in Tätigkeit zu setzen, die dem Bergbau nicht zu unterschätzende Dienste geleistet haben.

Die *Heranbildung von Rettungsmannschaften* nahmen die Zechen schon aus eigenem Interesse vor. Größere Bergwerksgesellschaften waren schon dazu übergegangen, sich eigene Rettungszentralen einzurichten, deren Aufgabe es war, auf den einzelnen Gruben der Gesellschaft bei vorkommenden Anlässen helfend einzugreifen. Man ließ auch dauernd die Führer der Rettungstrupps an Rettungskursen teilnehmen, um sie über die Neuerungen der Apparate fortlaufend zu unterrichten, noch vor Erlaß des § 242 der Bergpolizeiverordnung, der folgendermaßen lautet:

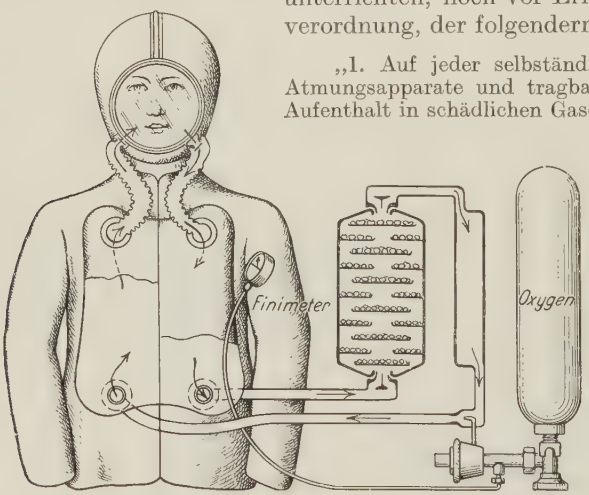


Abb. 3. Dräger-Schema. Dräger-Apparat 1911.

„1. Auf jeder selbständigen Betriebsanlage sind solche Atmungsapparate und tragbare elektrische Lampen, die den Aufenthalt in schädlichen Gasen auf die Dauer von mindestens 1 Stunde ohne Gefährdung des Apparatenträgers gestatten, sowie Sauerstoff zu Wiederbelebungsversuchen zur jederzeitigen Benutzung bereit zu halten.

2. Die Zahl der Atmungsapparate und der zugehörigen Lampen muß mindestens 0,5% der unterirdischen Belegschaft der Hauptschicht, jedenfalls aber vier betragen"

war der größte Teil der Gruben in diesem Sinne eingerichtet.

Im Jahre 1911 kam das Drägerwerk mit einem neuen Apparat heraus, der wesentliche Verbesserungen gegenüber dem Vorgänger aufzuweisen hatte. Die Sauerstoffdosierung und die Luftzirkulation durch die Strahldüse blieben. Statt zwei Kalipatronen, wie im Gerät 1904, verwendete man hier nur eine, jedoch mit demselben Inhalt; ebenfalls verließ man das Zweiflaschensystem und benutzte nur eine mit demselben Inhalt an Sauerstoff. Sämtliche Schlauchverbindungen haben keine Mutterverschraubung mehr, sondern eine Kuppelung mit Zentralverschraubung (Abb. 3).

Bei den vorher erwähnten Geräten sitzt das Manometer auf dem Rücken, während es bei dem Gerät 1911 durch eine biegsame Rohrleitung nach der Brust verlegt wurde. Der Träger kann jederzeit die Druckabnahme in dem Sauerstoffzylinder selbst ablesen. Ferner erfuhr der Helm eine Verbesserung. Bei dem Gerät Dräger 1904 und Westfalia war er aus Metall hergestellt, jetzt wurde er aus Leder und mit einer besseren Gesichtsabdichtung gefertigt.

Wenn auch sämtliche Geräte bauende Firmen vor und während des Krieges (1914—18) eine außergewöhnliche Tätigkeit entfalteten, so kam erst mit dem Drägergerät Modell 1921 eine vollständige Umstellung im Gerätebau heraus. Man verließ das System des Saugdüsengerätes und ging zu den Lungenkraftdosierungsgeräten über. Dieses Gerät unterschied sich von den vorhergehenden

Drägergeräten dadurch, daß man den Atmungsbeutel nach der linken Seite verlegte und der Kalipatrone eine rechteckige Form gab.

Ebenfalls kam die Hanseatische Apparatebaugesellschaft vorm. L. v. Bremen in Kiel, welche sich mit dem Bau von Geräten seit vielen Jahren befaßt, 1921 mit einem lungenautomatischen Sauerstoffgerät heraus — Audos —. Sämtliche Teile dieses Gerätes sind auf dem Rücken angeordnet. Der Atmungsbeutel befindet sich zwischen der senkrecht eingebauten Kalipatrone und dem Sauerstoffzylinder. Im Innern des Atmungsbeutels ist ein Steuerhebel angebracht, der durch die Wände des Atmungsbeutels betätigt wird. Durch den Sauerstoffverbrauch der Lunge und die Kohlensäureabsorption in der Patrone wird der Inhalt des Atmungsbeutels soweit verringert, daß seine Wände bei der Einatmung auf die Steuerhebel drücken und das Hochdruckventil öffnen. Es strömt solange Sauerstoff zu, bis der Druck der zusammengefallenen Beutelwände auf den Steuerhebel aufgehoben wird. Dieser Vorgang wiederholt sich, sobald der Beutel leergesaugt ist.

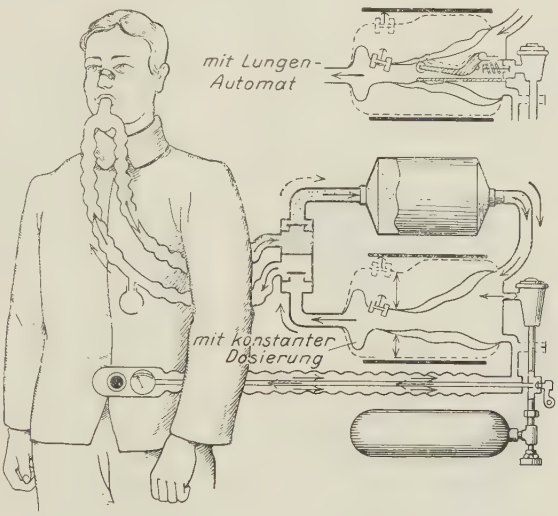


Abb. 4. Lungenkraftgerät mit konstanter O-Versorgung.

Nach einer Reihe von langdauernden Versuchen wurde das Audosgerät Anfang des Jahres 1925 als ein Injektorgerät mit lungenautomatischer Dosierung hergestellt. Der Sauerstoffvorrat sowie die Kalipatrone reichen für eine Benutzungsdauer von 2 Stunden. Sauerstoffzylinder und Kalipatrone sind hier horizontal gelagert. Zwischen beiden befinden sich die Einatmungsbeutel, welche durch ein Zwischenventil miteinander verbunden sind. Die Wirkungsweise ist folgende: Wird das Sauerstoffventil geöffnet, so strömt der Sauerstoff vom Druckverminderungsventil durch den Injektor in den Einatmungsbeutel. Bei der Ausatmung nimmt die ausgeatmete Luft durch den Ausatmungsschlauch ihren Weg zur Kalipatrone. Die von Kohlensäure befreite Luft vereinigt sich an dem Injektor wieder mit dem frisch zugeführten Sauerstoff und wird dann durch den Einatmungsschlauch wieder aus dem Einatmungsbeutel eingeatmet. Die Sauerstoffzufuhr beträgt bei diesem Geräte 1,5 ltr/min. Genügen diese 1,5 l bei angestrengter Arbeit nicht, so tritt die lungenautomatische Dosierung in Tätigkeit. Außerdem ist noch ein Sauerstoffzusatzventil angebracht, welches bei erhöhtem Sauerstoffbedarf benutzt werden soll. Sämtliche empfindlichen Teile dieses Gerätes sind durch ein Schutzblech gegen Beschädigungen geschützt.

Schon im Jahre 1923 wurde das Drägergerät Modell 1921 durch das Lungenkraftgerät mit konstanter und lungenautomatischer Sauerstoffversorgung überholt (Abb. 4). Man hat hier sämtliche Teile wieder auf den Rücken gelegt, außer Atmungsschläuchen mit Manometer mit Zusatzventil. Der Atmungsbeutel liegt auch hier zwischen der horizontal gelagerten Sauerstoffflasche und der Kalipatrone. Die konstante Dosierung war auf 1,5 ltr/min vorgesehen. In dem

Atmungsbeutel war bei diesem Gerät auch die lungenautomatische Sauerstoffdosierung eingebaut.

Das Drägerwerk verließ schon bald wieder die lungenautomatische Sauerstoffversorgung und kam 1924 mit einem Lungenkraftgerät mit automatischer Sauerstoffversorgung heraus (Abb. 5). Wenn auch die ganze Form des Gerätes Modell 1923 beibehalten wurde, so sind doch einige wichtige Änderungen vorgenommen worden. Der Sauerstoffzylinder hat einen Inhalt von 2 l bei einem Füllungsdruck von 150 at = 300 l Sauerstoff. Die minutliche Sauerstoffversorgung wurde von 1,5 auf 2,3 ltr/min gesteigert. Die Kalipatrone wurde vergrößert und das Chemikal so gelagert, daß es der durchfließenden Luft nur einen sehr geringen Widerstand entgegensetzte. Die Atmungsschläuche erhielten einen bedeutend größeren Querschnitt und mit ihnen sämtliche Verschraubungen. Der Atmungsbeutel wurde mit einem selbsttätigen Überschußventil versehen. Die Wirkungsweise dieses Gerätes ist folgende: Die ausgeatmete Luft wird durch den Atmungsschlauch, der am Ventilkasten anschließt, durch die Kalipatrone in den Atmungsbeutel geblasen. Jetzt strömt durch das Druckverminderungsventil Sauerstoff in den Atmungsbeutel, vereinigt sich hier mit der von Kohlensäure gereinigten Luft und geht bei der Einatmung durch den Einatmungsschlauch und durch das Mundstück wieder in die Lunge. (Die lungenautomatischen und Lungenkraftgeräte sind nicht für eine Helmatmung verwendbar.) Ebenfalls sind auch hier alle empfindlichen Teile durch eine aufklappbare Schutzhaube vor Beschädigungen geschützt.

Abb. 5. Lungenkraftgerät 1924.

Wiederbelebung.

Neben den Gasschutzgeräten nehmen im Grubenrettungswesen die Inhalations- und Wiederbelebungsgeräte eine wichtige Stellung ein. Frühzeitig erkannte man die belebende Wirkung des Sauerstoffes bei Gasvergiftungen. Es wurden dann bald Geräte gebaut, die eine rationelle und wirkungsvolle Verwendung des Sauerstoffes gestatten. Das erste Gerät auf diesem Gebiete, im Bergbau vielfach eingeführt und mit großem Nutzen angewandt, ist die Shamrocker Führertasche (Abb. 6), bestehend aus Leder und mit Tragriemen versehen. Die Ledertasche diente zur Aufnahme von zwei Sauerstoffzylindern von 0,6 l Inhalt, mit einem Füllungsdruck von 120 at und einer Gummiblase, an der zwei Schlauchenden angebracht waren. Ein Schlauchende diente für den Anschluß an die Sauerstoffzylinder, das andere Ende war mit einer Maske versehen zum Abschluß für Mund

und Nase. Die Wirkungsweise war folgende: Sollte der Apparat zur Wiederbelebung benutzt werden, so wurde das Ventil an der Sauerstoffflasche etwas geöffnet und der Sauerstoff sammelte sich in der Gummiblase an. Durch Öffnen eines Hahnes zwischen Gummiblase und Maske gelangte der Sauerstoff in die Atmungsorgane des Vergifteten. Konnte der Vergiftete noch selbst atmen, so holte er sich beim Einatmen den Sauerstoff selbst aus der Gummiblase. Unterstützt wurde die Einatmung noch durch einen leisen Druck mit der Hand auf die Gummiblase. Die ausgeatmete Luft konnte durch ein Ventil, das an der Maske angebracht war, ins Freie entweichen.

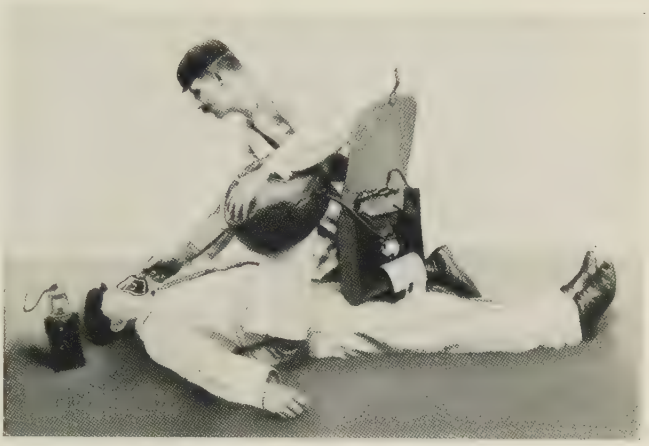


Abb. 6. Shamrocker Führertasche.

Etwa um das Jahr 1900 kam das Drägerwerk und auch die Sauerstoff-Fabrik Berlin, vorm. Dr. Elkan, mit einem verbesserten Sauerstoffgerät heraus. In einem leicht tragbaren Koffer war das Inhalationsgerät, bestehend aus Sauerstoffzylinder, Reduzierventil mit Manometer, einem Atmungsbeutel mit Atmungsschlauch und kleiner Maske, untergebracht. Von dem Sauerstoffzylinder, der rund 150 l Sauerstoff faßt, gelangt der Sauerstoff in das Reduzierventil. Hier wird der hohe Druck herabgemindert, und durch eine Stellschraube wird die gewünschte Sauerstoffmenge 3 bis 8 ltr/min erreicht. Der Sauerstoff strömt in den Atmungsbeutel und kann von dort in den Atmungsschlauch und die Atmungsmaske entnommen werden. An der Maske und oberhalb des Atmungsbeutels befinden sich Ventile, welche die ausgeatmete Luft ins Freie gelangen lassen, aber gestatten, daß der Sauerstoff, der sich während der Ausatmung im Atmungsbeutel angesammelt hat, eingeatmet werden kann. Ist der Vergiftete bewußtlos, so muß gleichzeitig bei der Sauerstoffzufuhr die manuelle Beatmung nach Silvester, Howard oder Schäfer angewandt werden.

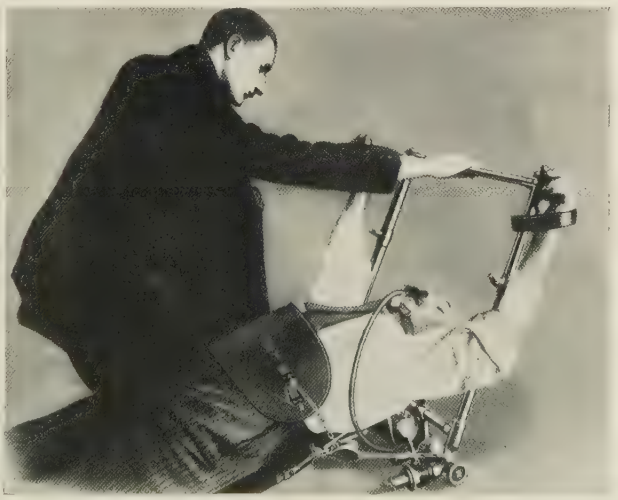


Abb. 7. Inhabad-Gerät.

Die manuelle künstliche Beatmung erfuhr durch das Wiederbelebungsgerät *Inhabad* mit Sauerstoffinhalation eine Erleichterung, Das Inhabadgerät ist ein Gestell, auf das der zu Beatmende gelegt wird (Abb. 7). Beide Arme werden an

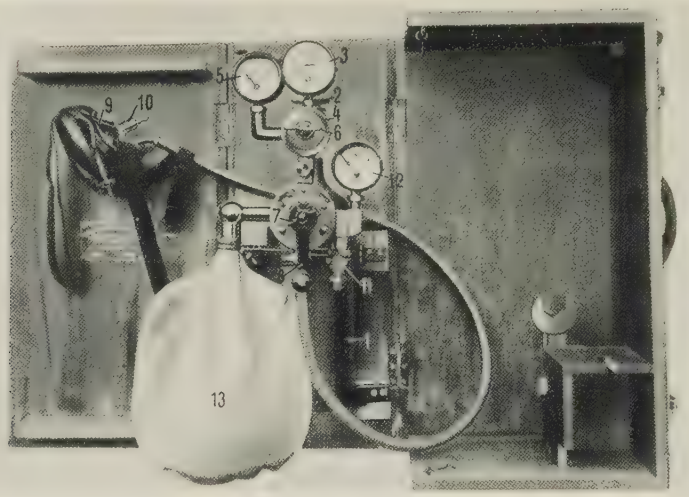


Abb. 8. Brat-Gerät.

dem Beatmungshebel angeschnallt. Über die Brust wird eine Presse gelegt, die mit dem Beatmungshebel in Verbindung steht und durch die zwangläufige Bewegung in Tätigkeit gesetzt wird. Durch die Rückwärtsbewegung des Hebels (Einatmung) wird die Presse gelockert und der Brustkasten stark erweitert.

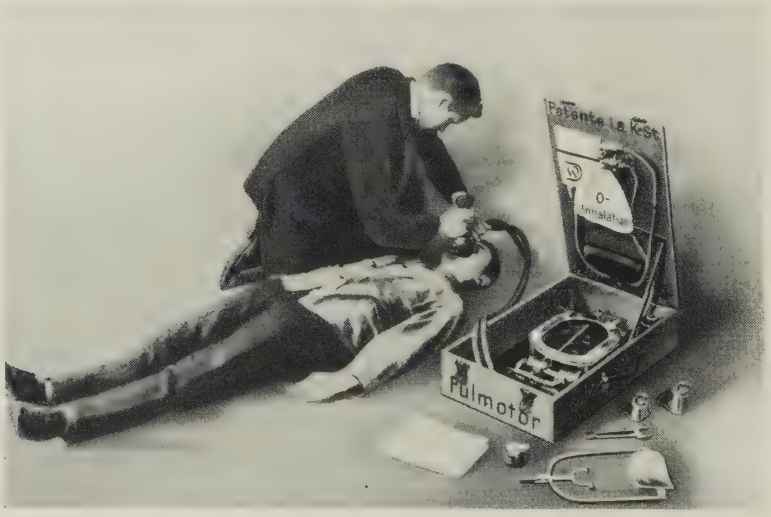


Abb. 9. Pulmotor-Dräger.

Bei der Vorwärtsbewegung (Ausatmung) wird die Brustpresse angezogen und so die Ausatmung unterstützt.

Da man bei Betäubten, die Armverletzungen, Rippenbrüche oder Verbrennungen an Brust und Arm erlitten haben, die erwähnte manuelle künstliche At-

mung nicht ausführen kann, hat man Geräte konstruiert, bei denen die Ein- und Ausatmung selbsttätig bewirkt wird.

1. Das Gerät von Dr. Brat (Westfalia), Abb. 8, besteht in der Hauptsache aus einer Sauerstoffflasche von etwa 2 l Inhalt, einem Druckreduzierventil, einem Injektor, einer Umschaltvorrichtung und einer Gesichtsmaske. Die Wirkungsweise ist folgende: Der Sauerstoff gelangt beim Öffnen des Flaschenventils zum Reduzierventil und dann zur Strahldüse. Je nach der Hebelstellung wird der Sauerstoff mit einem gewissen Überdruck in die Lunge geblasen oder die verbrauchte Luft herausgesaugt.

2. Der Pulmotor des Drägerwerks besteht aus Sauerstoffzylinder, Reduzierventil und Strahldüse, Luftsteuerungskammer in Verbindung mit einem Blasebalg und Doppelschlauch für die Ein- und Ausatmung mit Maske (Abb. 9).

Wenn bei den vorher erwähnten Geräten die Beatmung von Hand geregelt werden mußte, so arbeitet der Pulmotor selbsttätig und die Umsteuerung erfolgt bei einem gewissen Unter- und Überdruck in der Lunge. Die Arbeitsweise des Pulmotors ist folgende: Der Sauerstoff strömt aus der Sauerstoffflasche zu dem Reduzierventil. Das Reduzierventil vermindert den Druck und läßt Sauerstoff, mit einer für den Betrieb passenden Menge und Druck, durch den Injektor strömen. Von hier aus gelangt der Sauerstoff mit etwas angesaugter atmosphärischer Luft durch den Einatmungsschlauch zur Maske und füllt die Lunge. Der zwischengeschaltete kleine Blasebalg liegt parallel der Lunge und dehnt sich aus, sobald die Lunge mit Sauerstoff gefüllt ist. Hierdurch erfolgt das Umspringen der Ventile in der Luftsteuerungskammer und das Gerät wirkt saugend, d. h. der Injektor saugt jetzt die verbrauchte Luft aus der Lunge und führt sie ins Freie. Ist nun wieder ein bestimmter Unterdruck in der Lunge vorhanden, so wird der kleine Blasebalg auch leergesaugt und zieht sich zusammen. Nun erfolgt wiederum eine Untersteuerung, und die Lunge wird wieder gefüllt. Dieses Spiel wiederholt sich abwechselnd je nach Größe der Lunge. Wie bei allen Wiederbelebungsgeräten, so ist auch hier auf eine gute Gesichtsabdichtung der Maske zu achten. Hat der Beatmete das Bewußtsein wiedererlangt und ist die selbsttätige Atmung wieder eingetreten, so kann durch eine Umsteuerung der Pulmotor abgestellt und der vorhandene Sauerstoff durch einen zweiten Schlauch zur weiteren Inhalation benutzt werden.

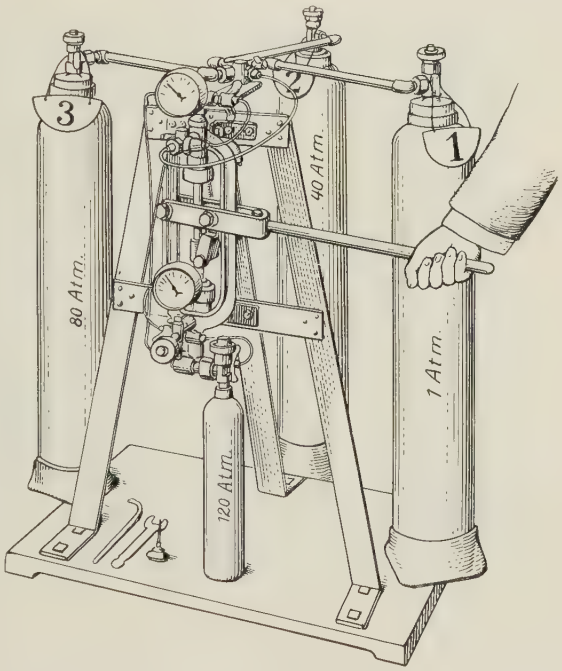


Abb. 10. Sauerstoffumfüllpumpe.

Um die Sauerstoffzylinder der Atmungs- und Wiederbelebungsgeräte mit dem vorgeschriebenen Druck füllen zu können, benutzt man eine doppelt-

wirkende Sauerstoffumfüllpumpe, welche entweder von Hand oder elektrisch betrieben wird (Abb. 10).

Die Umfüllpumpe ist entweder horizontal oder vertikal an einem Gestell angeschraubt. An der Saugseite befinden sich drei oder mehrere große Vorratszylinder, aus denen die Umfüllung in die kleineren Apparatezylinder an der Druckseite vollzogen wird. Die beiderseitig des Kolbens angebrachten Ventilgehäuse gestatten wohl einen Durchstrom des Sauerstoffes aus dem großen Vorratszylinder in den Apparatezylinder, verhindern aber ein Zurückströmen. Durch zwischengeschaltete Manometer ist die Druckabnahme in dem großen und die Druckzunahme in dem kleineren Zylinder abzulesen. Beim Füllen der Sauerstoffflaschen verfährt man in folgender Weise: Das Ventil der zu füllenden Flasche und das an der Ausströmung befindliche Verschlußventil der Pumpe werden geöffnet, so daß der Sauerstoff aus der Vorratsflasche, die den niedrigsten Druck hat, in die zu

Abb. 11. Zechenberufswehr.

füllende Flasche strömt. Sobald in beiden Flaschen der gleiche Druck herrscht, wird mit dem Pumpen begonnen. Die Pumpe saugt hierbei den Sauerstoff aus der Vorratsflasche und drückt ihn in die kleine Flasche. Ist der Druck in der kleinen Flasche soweit gestiegen, daß der Unterschied in der kleinen und der großen Flasche etwa 40 at beträgt, so wird das Ventil der ersteren Vorratsflasche geschlossen und das der zweiten Flasche, die den nächst höheren Druck hat, geöffnet und von neuem gepumpt. In dieser Weise wird solange fortgefahren, bis der gewünschte Druck erreicht ist.

Im Laufe des letzten Jahres haben fast sämtliche Gruben ihre Rettungsstationen mit diesen neuzeitlichen Geräten ausgerüstet. Außer dem Gerätelager, in dem alle zu der Ausrüstung einer Grubenwehr erforderlichen Hilfsmittel vorhanden sein müssen, hat man nebenbei auch einen Übungsraum hergestellt, in welchem es den Mitgliedern der freiwilligen Grubenrettungswehr ermöglicht wird, sich an den Gebrauch der Geräte zu gewöhnen. Größere Bergwerksgesellschaften sind dazu übergegangen, ihre Gerätelager groß auszubauen und ständig eine schlagfertige Berufswehr in Bereitschaft zu haben (Abb. 11). Während der Bereitschaft haben die Mitglieder der Rettungswehr die Geräte gebrauchsfertig

zu machen und zu erhalten und werden mit sonstigen naheliegenden Arbeiten beschäftigt. Auch die Rettungstrupps der benachbarten Bergwerke sind bei vorkommenden Anlässen zur Hilfeleistung verpflichtet. In allen Bergbaubezirken Deutschlands ist das Grubenrettungswesen weitgehend ausgebaut; sämtliche berufenen Stellen, wie Oberbergämter, Knappschaftsberufsgenossenschaft, bergbauliche Vereine und Werke lassen sich seine Förderung und Entwicklung sehr angelegen sein.

Transport von Verletzten in Grube und über Tage.

Eine beachtenswerte Stellung im Grubenrettungswesen nehmen die Krankentragen ein, die zum Transport der Verunglückten unbedingt erforderlich sind. Die Bergpolizeiverordnung vom 1. Januar 1911 lautet:

§ 354. Auf jeder selbständigen Betriebsanlage muß ein gegen die Unbilden der Witterung Schutz bietender, gut federnder Krankenwagen vorhanden sein.

§ 355. An geeigneten Stellen in der Grube sind Tragbahren zur Beförderung Verletzter und Erkrankter aufzubewahren. Auf je 100 in der Hauptförderschicht beschäftigte Personen muß mindestens eine Tragbahre vorhanden sein.

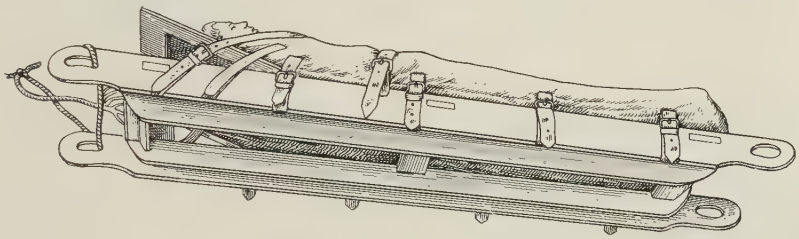


Abb. 12. Grubentrage (nach G. A. Meyer).

Da das Fortschaffen von Verletzten unter Tage weit schwieriger ist als über Tage, mußte dem Bau der Tragen für den Grubenbetrieb in besonderem Maße Rechnung getragen werden. Durch das Zusammenarbeiten von Ärzten, Betriebsbeamten und Konstrukteuren sind eine Anzahl sinnreicher Konstruktionen im Laufe der Jahre hervorgebracht worden. Bei den heute meist zur Verwendung kommenden Tragen im Grubenbetriebe hat man die Füße fortfallen lassen, da sie in den niedrigen Grubenbauen zuviel Höhe beanspruchen. Statt dessen hat man die Tragen mit Schlittenkufen versehen, welche eine bequeme und stoßfreie Beförderung in niedrigen Überhauen und Abbauen ermöglichen (Abb. 12).

Vor dem Auflegen auf die Trage wird der Verletzte in eine wollene Decke eingehüllt und durch gepolsterte Riemen, welche unter den Achseln durchgezogen werden, und solche, welche Rumpf und Beine umschließen, vor dem Heruntergleiten bewahrt. Ist der Verletzte so angeschnallt, kann er ungefährlich in geneigten Überhauen, Abbauen und seigeren Schächten heruntergelassen werden.

Auf einigen Gruben ist auch ein Krankentransportwagen eingeführt, der es ermöglicht, besonders in flacher Lagerung den Verletzten ohne Umbettung von der Unfallstelle bis zum Tage zu befördern.

Der leicht gebaute Wagen ist mit Handgriffen versehen, mittels deren er an Stellen mit Hindernissen getragen werden kann. Bei Beförderung in Bremsbergen oder Schächten können die Handgriffe an den Wagen seitlich eingeschwenkt werden.

Nach den Vorschlägen von Bergwerksdirektor Schmidt und Dr. med. Kranz ist ein Spiraldrahtnetz hergestellt werden, welches in einen gewöhnlichen Förderwagen gehängt wird und sich der Körperform des Verletzten gut anpaßt (Abb. 13).

Eine mit vielen Verbesserungen versehene Grubentrage ist der „Schleifkorb", hergestellt von der Firma Kunze jun., Berlin. Der Schleifkorb ist ein muldenartig ausgebautes Aluminiumgestell, das durch feuerverzinkte Stahlrohre umrahmt und verstärkt wird. Der Boden des Korbes wird von zwei Stahlrohren unterzogen, die zur Versteifung und gleichzeitig als Kufen dienen (Abb. 14, 15).

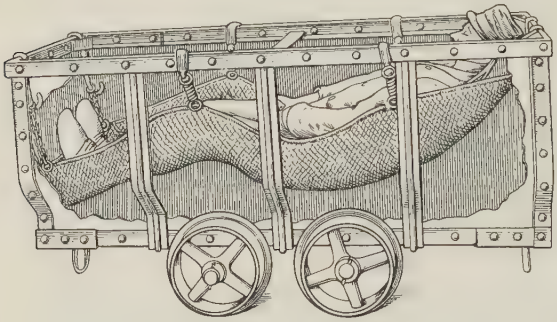


Abb. 13. Förderwagentrage.

Die Kufen, die ein schlittenartiges Fortziehen des „Schleifkorbes" gestatten, sind an den Enden umgebogen, so daß sie als Handgriffe dienen können. An den Enden sind je zwei einschiebbare Holme angebracht, so daß der Schleifkorb auch als richtige Krankentrage benutzt werden kann. In der Mitte des Korbes befindet sich eine sattelartig ausgebildete weiche Lederverschnürung, derart, daß der Verletzte auf dieser Verschnürung sitzt, wenn der Schleifkorb aufgerichtet wird oder vertikal transportiert werden soll. Außerdem wird diese Verschnürung unterstützt durch eine solche am Kopfende, bei der je ein Riemen unter den Achseln des Verletzten hindurch am Gestell festgeschnallt wird.

Abb. 14. Schleifkorbtrage (nach G. A. Meyer).

Am Fußende sind noch zwei Riemen, mit denen jeder Fuß besonders festgeschnallt werden kann. Eine Segeltuchschutzdecke bedeckt den Verletzten bis zum Kopfe.

Der neue „Schleifkorb" gestattet den Transport eines Verletzten vom Orte des Unfalles bis zum Krankenhaus, ohne daß eine Umbettung erforderlich ist. Die muldenartige Ausbildung hat den Vorzug, daß sie den Verletzten fast ganz umschließt und dadurch schützt; denn in der Grube sind Transporte von Verunglückten, besonders in engen Räumen, im Stapel, im Streb, auf Fahrten usw.

Abb. 15. Schleifkorbtrage (nach G. A. Meyer).

nur unter den größten Schwierigkeiten möglich (Abb. 16).

Zum Weitertransport über Tage, von der Schachtanlage bis zum Krankenhaus, wurden in früheren Jahren Fahr- und Tragbahren benutzt. Diese wurden dann durch den Krankenwagen mit Pferdebespannung verdrängt. Nach der Einführung der letztgenannten Krankenwagen war ein Umbetten des Verletzten nicht mehr erforderlich, da die Grubenbahre in den Wagen hineinpaßte. Der Krankenwagen mit Pferdebespannung ist aber heute schon fast überall durch das Krankenauto verdrängt worden (Abb. 17). Durch die Einführung des Krankenautos ist man heute in der Lage, auf schnellstem Wege den Verletzten dem Arzte zuzuführen. Der schonendste Krankentrans-

Abb. 16. Schleifkorbtrage im Streb.

port wird in weiterer Zukunft zweifellos das Krankenflugzeug sein. Erfahrungen darüber werden uns die nächsten Jahre bringen.

Abb. 17. Neuzeitliches Krankenautomobil.

Literatur.

Bergbaukunde Heise-Herbst. — Handbuch für das Grubenrettungswesen Haase-Lampe. — Glückauf 1904, Nr. 36 u. 37. — Katalog der Hanseatischen Apparatebaugesellschaft. — Handbuch Inhabad.

Bäderwesen.

Von

E. Dietrich

Berlin.

I. Einleitung.

Das Bäderwesen, soweit es für die soziale Hygiene und deren praktische Anwendung, die Gesundheitsfürsorge, in Betracht kommt, zerfällt in 2 Hauptabschnitte:

a) *in das öffentliche Badewesen:* die Bereitstellung zweckmäßiger und ausreichender Badegelegenheiten zur Pflege und Reinhaltung des Körpers,

b) *in das Heilbäderwesen*: die Versorgung der erholungs- und heilbedürftigen Bevölkerung mit den Heilschätzen der Kur- und Badeorte, den Heilquellen, Mineralwässern und klimatischen Faktoren.

Im *Badewesen* birgt sich die älteste Form der Gesundheitsfürsorge. Sie gründete sich auf die Grundelemente: *Wasser, Licht und Luft*, deren reinigende und stärkende Kraft dem Menschen von den Uranfängen der Überlieferung an bekannt gewesen ist. Im frühesten Altertum verordneten die Priester den Rat- und Hilfesuchenden Waschungen in den heiligen Wassern der Haine und Tempel, die zumeist mit Weihern umgeben waren. Waschungen und Bäder gehören zu den ältesten Kulteinrichtungen. Es ist bekannt, wie weit verbreitet und hochentwickelt das Badewesen bei den Griechen und Römern im Altertum, im Mittelalter auch bei den meisten anderen geschichtlichen Völkern, namentlich in Deutschland war. Sowohl bei den Römern im klassischen Altertum als auch in Deutschland im Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit zeigte sich dabei bereits eine sozialhygienische Fürsorge in der Bereitstellung von einwandfreien öffentlichen Badegelegenheiten für die breiten Massen des Volkes. Die Überreste großer römischer Anlagen in den Militärkolonien geben auch heute noch ein gutes, literarisch oft behandeltes Bild auch der technischen Einrichtungen. Die deutschen Anlagen des Mittelalters haben ebenfalls eingehende Darstellung in größeren Werken, aber auch in zahlreichen bildlichen Darstellungen gefunden. Der Niedergang des deutschen mittelalterlichen Badewesens, von dessen eigenartigem Betriebe sich noch einige Reste im Schweizer Bade Leuk erhalten haben, wird mit den Gefahren der um 1500 ausgebrochenen Syphilispandemie in Beziehung gebracht. Nach einem langen Niedergange erwachte das Bäderwesen in Deutschland im Anfang des vorigen Jahrhunderts zu neuer Entwicklung, bis die letzten Jahrzehnte des vergangenen und die ersten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts bis zum Weltkrieg durch die verständnisvolle Arbeit Lassars und der von ihm gegründeten *Deutschen Gesellschaft für Volksbäder* einen bemerkenswerten Aufschwung brachten.

Das *Heilbäderwesen* ist neueren Datums und zeigt erst seit Anfang des vorigen Jahrhunderts eine allgemeine Entwicklung, wenn auch einzelne Quellenorte, wie Aachen, Karlsbad, Wiesbaden, schon seit alters her einen anerkannten Ruf als

Heilbäder besaßen. Die Heilkräfte der Seebäder waren bereits den Römern aus der stärkenden und heilenden Wirkung der Adria und des Mittelländischen Meeres überhaupt bekannt geworden. In Deutschland wurde das erste Seebad im Jahre 1793 in Heiligendamm bei Doberan durch den persönlich interessierten Herzog Friedrich Franz I. von Mecklenburg-Schwerin und seinen Leibarzt Professor Dr. von Vogel begründet, nachdem bereits längere Zeit vorher in England die Küstenorte Margate, Deal, Harwich und Brigthelmstone als Badeorte benutzt worden waren. Die Entwicklung der Mineralbäder und Luftkurorte in Deutschland war dann im Laufe des vorigen Jahrhunderts eine so günstige, daß es Jahre 1905 nach dem deutschen Bäderbuche — abgesehen von kleineren Mineralbädern und Versandbrunnen, die in dem Bäderbuche nicht berücksichtigt worden sind — im ganzen gab: 256 Mineralbäder, Moorbäder usw.; 109 Seebäder und 118 Luftkurorte. Ihre Verwertung war bis zum Weltkriege insofern nicht ganz sozialhygienisch, als meist nur die Wohlhabenden die Kur- und Badeorte in Anspruch nehmen konnten, während die minderbemittelte Bevölkerung die Heilschätze dieser Orte nur ausnahmsweise — sofern öffentliche oder sonstige andere Kostenträger vorhanden waren — in Anwendung zu bringen imstande war. Während des Weltkrieges und später hat sich dies geändert.

II. Das Badewesen.

Für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschheit ist die Reinigung und Lüftung der Haut von der größten Bedeutung. Es ist bekannt, daß der Mangel an genügender Säuberung von den mannigfachen Verunreinigungen des täglichen Lebens die Fähigkeit der Haut, Produkte des Stoffwechsels abzugeben, beeinträchtigt und schließlich ganz aufhebt. Auch wird die Regulierung der Wärmeabgabe des Körpers gestört, so daß sich zahlreiche unangenehme Empfindungen und die Neigung zu Erkältungskrankheiten einstellen. Eine kräftige Spülung der Oberfläche des Körpers durch Luft oder Wasser unterstützt dagegen die perspiratorische und regulierende Tätigkeit der Haut auf das beste. Personen, die während des größten Teiles des Tages starken Luftströmungen ausgesetzt sind, z. B. Seeleute, haben an den Folgen einer gestörten Hautatmung nicht zu leiden, auch wenn sie nicht baden. Ganz anders verhält es sich mit der überwiegend großen Masse der Bevölkerung, die bei ihrer Berufstätigkeit sich einer solchen Durchlüftung nicht erfreuen kann. Hier ist die Anwendung des Wassers zur Reinigung, Lüftung und Kräftigung des Körpers dringend erforderlich. Sie schützt zugleich gegen übertragbare Krankheiten durch Beseitigung der an der Haut haftenden Krankheitserreger und durch Vermehrung der Widerstandsfähigkeit des Körpers. Das Baden ist ein wichtiger Faktor der öffentlichen Gesundheitspflege und ein bedeutsames Mittel zur Erziehung des Volkes zur Reinlichkeit.

Zwei Gesichtspunkte sind bei dem Badewesen allgemein zu beachten, einmal *die Bereitstellung von ausreichenden Badegelegenheiten in genügender Zahl und einwandfreier Beschaffenheit* für jedermann, besonders für die minderbemittelte Bevölkerung. Denn je mehr möglichst billige und leicht zu erreichende Badegelegenheiten für alle Bevölkerungsschichten geschaffen werden, desto eher werden Gleichgültigkeit und Abneigung gegen das Baden schwinden, der Sinn für Reinlichkeit geweckt und die Bedeutung des Badens in bezug auf Abhärtung des Körpers und in bezug auf den Schutz gegen Krankheiten gewürdigt. Sodann *eine Sicherung gegen Schädlichkeiten der verschiedensten Richtungen beim Baden, gegen gesundheitliche Gefahren und Unfälle.* Nur so kann Neigung und Lust am Baden in den breiten Massen der Bevölkerung aufrechterhalten werden.

Das Badewesen spielt sich ab 1. *im Freien* und 2. *in geschlossenen Räumen.*

1. Baden im Freien.

a) Allgemeines.

Das Baden im Freien, in fließenden und stehenden Gewässern, ist die älteste und einfachste Form des Badens. Im Altertum finden wir diese Form vielfach erwähnt. Besonders war sie bei den germanischen Völkern weit verbreitet. Die alten Germanen pflegten, wie Tacitus berichtet, sich und ihre Kinder zu allen Jahreszeiten in den Flüssen zu baden.

Das Baden im Freien ist auch die Badeform, die am wenigsten Kosten verursacht; sie sollte überall, wo es nur irgend geht, wo fließendes Wasser oder stehende Gewässer vorhanden sind, oder wo solche geschaffen werden können, dargeboten werden. Denn zu dem Wasserbad kommt hinzu das Luft- und Lichtbad, das die Badewirkung auf das günstigste verstärkt und in geschlossenen Anstalten fortfällt. Allerdings findet das Baden im Freien seine Begrenzung in dem Klima der Örtlichkeit. Es ist nur so lange ratsam und zweckmäßig, solange die Außentemperatur und die Temperatur des Wassers den Badenden nicht durch zu starke Wärmeentziehung gesundheitlich gefährdet. Je niedriger die Temperatur der Luft, je kälter das Wasser, um so kürzer soll das Bad dauern, bis es ganz unterbleiben muß.

Für das Badewesen in öffentlichen Gewässern und seine Sicherung ist das geltende *Wasserrecht* in den einzelnen Ländern von Bedeutung[1]). Es regelt die Eigentumsverhältnisse bei den Wasserläufen, ihre Benutzung durch den Eigentümer und ihre Verwendung zum allgemeinen Gebrauch. Es sieht die Verleihung besonderer Rechte vor. Hier kommt die Anlage kommunaler oder gemeinnütziger Badeanstalten in Betracht. Das Preußische Wassergesetz vom 7. April 1913 beschränkt z. B. in § 40 das Recht, das Wasser zu verbrauchen, abzuleiten und andere Stoffe einzuleiten, den Wasserspiegel zu senken oder zu heben, oder durch Hemmung des Wasserlaufes eine dauernde Stauung von Wasser herbeizuführen. In § 41 dieses Gesetzes wird verboten, durch die Benutzung des Wassers zum Nachteil anderer die Vorflut zu verändern, oder das Wasser zu verunreinigen, oder den Wasserstand so zu verändern, daß andere an der Ausübung ihrer Rechte am Wasserlaufe — z. B. die Unterhaltung einer gemeinnützigen Badeanstalt — beeinträchtigt oder fremde Grundstücke beschädigt werden. Auch darf die Pflicht zur Unterhaltung von Wasserläufen oder ihrer Ufer nicht erschwert werden. In § 46 kann durch Verleihung das Recht erworben werden, den Wasserlauf zu benutzen, Häfen und Stichkanäle anzulegen und hier — soweit die Kanäle nicht selbständige Wasserstraßen bilden — kommunale oder gemeinnützige Badeanstalten herzustellen.

b) Gesetzliche und Verwaltungsvorschriften.

Die gesundheitlichen und sonstigen Schutzanforderungen an Badeeinrichtungen im Freien sind kurz zusammengefaßt in einer von dem Verfasser redigierten *Anleitung zur Förderung des öffentlichen Badewesens*, die der preußische Minister der Medizinalangelegenheiten am 11. Juli 1910 erlassen hat und die auch heute noch alles vorschreibt, was nötig ist: Unter *A. Im allgemeinen*, I. Das Baden im Freien, heißt es dort:

„Für das Baden im Freien sind Flüsse oder sonstige Wasserläufe und geeignete stehende Gewässer, wie Seen und Teiche, nutzbar zu machen. Notwendige Voraussetzungen sind hier, daß das Wasser auch in Zeiten großer Trockenheit in ausreichender Menge zur Verfügung steht, und daß es zu keinen gesundheitlichen Bedenken Anlaß gibt. Namentlich darf

[1]) Hier lehnt sich die Schilderung an die Schrift „Das Volksbad, seine Einrichtung und sein Betrieb", herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder in Berlin. Berlin: Julius Springer 1919.

das Badewasser durch Zuflüsse nicht verunreinigt werden. Wichtig ist es, eine Schwimmgelegenheit zu schaffen, um den Badenden diese gesunde Leibesübung sowie der Jugend die Erlernung des Schwimmens zu ermöglichen. Ferner ist es zweckmäßig, die Badeanstalten mit einem Luft- und Sonnenbade zu verbinden oder wenigstens mit einigen Turn- und Spielgeräten zu versehen.

B. Besondere Maßnahmen für die Badeanstalten.

Badeanstalten im Freien.

Fluß- und sonstige Bade- und Schwimmanstalten im Freien sind möglichst oberhalb des Ortes, jedenfalls aber so anzulegen, daß das Badewasser keine unreinen Zuflüsse erhält. Bei Wasserläufen mit Schiffsverkehr sind periodische bakteriologische Prüfungen des Badewassers vorzunehmen. Um den zum Baden benutzten Teil des Gewässers von fremden Gegenständen und gröberen Verunreinigungen frei zu halten, soll das Badebassin durch ein bis nahe auf den Boden reichendes Gitter abgegrenzt sein. Der für Schwimmer bestimmte Teil ist von dem für Nichtschwimmer bestimmten Badegebiete in geeigneter Weise abzutrennen.

Um Verletzungen der Badenden zu vermeiden, soll der Boden frei sein von Steinen und scharfen Gegenständen. Auch müssen die Laufbretter, um sie splitterfrei zu erhalten und das Ausgleiten zu verhüten, gehörig abgekantet, höchstens 15 cm breit und quer zum Schritt gelegt sein; zwischen ihnen müssen Fugen von mindestens 1 cm Weite gelassen werden, um das Abfließen des Wassers zu erleichtern. Außerdem ist es zweckmäßig, die Bretter des Fußbodens mit Ölfarbenanstrich zu versehen und sie mit dünnen Kokosläufern zu belegen. Zum Einsteigen in das Wasser sind Treppen und Leitern anzubringen. Springbretter dürfen nur bei einer Wassertiefe von mindestens 3 m angebracht werden.

Auskleidehallen oder eine genügende Anzahl von verschließbaren Auskleidezellen sind vorzusehen, ebenso ein Raum zum Aufbewahren der Badewäsche und ein Platz zum Trocknen. Zum bequemen Ablesen der Lufttemperatur sind Thermometer anzubringen. Auch sind Tafeln mit der jeweiligen Temperaturangabe aufzustellen, sowie Vorkehrungen für die sichere Aufbewahrung von Wertgegenständen zu treffen.

Auf die Bereitstellung der zur Rettung Verunglückter erforderlichen Apparate, Boot, Stangen, Rettungsleine, Gürtel, Wiederbelebungsmittel usw. ist Bedacht zu nehmen. Es ist dafür zu sorgen, daß unter dem Badepersonal mindestens eine des Schwimmens und Tauchens kundige, tunlichst als Schwimmlehrer, jedenfalls aber in der ersten Hilfeleistung ausgebildete Person vorhanden ist. Eine Anleitung zur Wiederbelebung Ertrunkener oder Scheintoter wird in Plakatform deutlich und lesbar an geeigneten Stellen anzubringen sein."

Die öffentlichen Wasserläufe sind nur dann für Volksbäder zu gebrauchen, wenn ihre Verunreinigung einen gewissen bakteriologisch meßbaren Grad nicht überschreitet (Colititer nicht über 0,01—0,1; Hauptversammlung Danzig der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder 1913, Berichterstatter Prof. Petruschky). Deshalb ist eine dauernde gesundheitspolizeiliche Überwachung der für öffentliche Bäder benutzten Wasserläufe erforderlich. Fortgesetzte bakteriologische Untersuchungen des Wassers sind unerläßlich, wenn auf den Wasserläufen, die das Badewasser liefern, Schiffsverkehr stattfindet, oder wenn oberhalb der Badeanlagen Abwässer in den Wasserlauf eingeführt werden.

Badeanlagen in schiffsreichen Wasserläufen sollen sich höchstens bis in das erste Drittel des Laufes erstrecken. Die Stromgeschwindigkeit soll höchstens 1,5 m pro Sekunde betragen. Die notwendigen Einrichtungen und Gebrauchsgegenstände für die Rettung Ertrinkender oder sonst Verunglückter sind bei jeder Badeanlage, auch der einfachsten, vorzusehen. Die Wasserwärme soll nicht unter 12° C gehen. Die Luftwärme soll in der Regel nicht unter der Wasserwärme sein. Immer empfiehlt es sich, nach Verlassen des Wassers sofort den ganzen Körper trocken zu reiben und durch Bewegungen zu erwärmen. Deshalb ist es zweckmäßig, an die Badeanlagen Turn- und Spielplätze anzuschließen, die landwärts anzuordnen und wasserseitig einzufriedigen sind.

Die bestehenden preußischen Polizeiverordnungen schreiben auch eine bestimmte Badekleidung für das öffentliche Baden im Freien vor, für Personen männlichen Geschlechtes eine Badehose, weiblichen Geschlechtes den Badeanzug, der Schultern, Brust, Rücken, Leib und Beine bis zum Kniegelenk bedeckt. Wo

diese Bestimmungen beobachtet werden, ist eine Trennung der Geschlechter nicht erforderlich, vorausgesetzt, daß für das Entkleiden getrennte Plätze, Badezellen oder Badehallen vorhanden sind.

c) Einrichtungen von Badeanstalten im Freien mit natürlicher Wasserspeisung.

Einrichtungen zum Baden im Freien (an Flüssen, Seen und Teiche) können angelegt werden

a) *durch unmittelbare Benutzung der Wasserläufe,* wenn an geeigneter Stelle ein genügend breiter und tiefer Wasserlauf vorhanden ist, der ohne weiteres das Baden ermöglicht;

b) *durch Benutzung des Wasserlaufes nach Verbesserung* durch Verbreiterung und Vertiefung durch Baggerung oder Hebung des Wasserstandes, durch Stauwehr, Einbau fester Böden und Wände oder sonstige künstliche Anlagen;

c) *durch Anlage von Badeeinrichtungen seitlich des Wasserlaufes,* wenn die unmittelbare Benutzung nicht angängig oder auch nach Verbesserung nicht ratsam ist, so wenn genügende Verbreiterung oder Vertiefung durch Baggerung oder Saut nicht möglich oder eine zu große Stromgeschwindigkeit vorhanden ist.

Die Badeeinrichtung im Freien ist entweder eine Anlage im freien Wasser mit Zellen am Ufer oder mit Zellen im Wasserlauf am Uferrand, oder eine geschlossene, festgebaute Anstalt am Ufer, in den Wasserlauf hineinragend oder ganz im Wasserlauf stehend; oder endlich eine solche Anstalt ohne festes Fundament, als schwimmende, fest verankerte Anstalt. Nach Osthof sind für einen Schwimmer 3,5 qm, für einen Nichtschwimmer 1,2 qm zu rechnen, daher für jeden Badegast im Mittel 2,4 qm. Bei 10 stündigem Betrieb kann — wenn jeder Gast eine Stunde braucht — jeder Platz täglich 10 mal benutzt werden. Wenn also von 1000 Einwohnern im Hochsommer 50 täglich baden, so sind für 1000 Einwohner $\frac{2{,}4 \cdot 50}{10} = 12$ qm zu rechnen. Das „Volksbad" fordert jedoch mindestens 70 qm (bei $7 \cdot 10$ m). Die Wasserfläche soll zu $^2/_3$ bis $^3/_4$ für Schwimmer und zu $^1/_3$ bis $^1/_4$ für Nichtschwimmer eingerichtet sein. Die Wassertiefe soll für Schwimmer 1,5—2,5 m betragen. Für Nichtschwimmer ist bei 1,5 m, für Kinder bei 1 m die Grenze zu ziehen.

Der Boden der Badestelle ist wasserbautechnisch zu sichern. Die Bestimmungen für die Größe der Auskleidezellen und Auskleidehallen schreiben im allgemeinen vor: für Auskleidehallen 60 cm Platzbreite mit je 2 Kleiderhaken, für Zellen 1,2 qm oder 1 m breit und 1,03 m tief. Auf eine Zelle wird 3—4 qm Wasserfläche unter Annahme von 20% Einzelzellen gerechnet.

Besondere Vorschriften bestehen überall für die Anlage von Bedürfnisanstalten, deren Abgänge nicht in das Wasser (den Wasserlauf) geleitet werden dürfen.

c) Badeeinrichtungen im Freien mit künstlicher Wasserspeisung.

Die in der Neuzeit stetig zunehmende Verunreinigung der Fluß -und Seebäder durch Schiffahrt und industrielle Anlagen sowie das Fehlen eines natürlichen Wasserlaufes oder Wasserbeckens machen künstliche Vorkehrungen zur Herstellung von Badestellen im Freien notwendig. Hierbei ist in bezug auf die Beschaffenheit des Wassers nach dem „Volksbad" zu fordern:

„daß sein Aussehen klar und frei von Trübungen ist, die leicht durch Bestandteile des Wassers selbst, auch durch den Beckengrund oder durch äußere Einwirkungen entstehen. Organische und unorganische Schwebestoffe, insbesondere Ton, Detritus, Pilzfäden, machen das Wasser unansehnlich. Gelbliche bis gelbbraune Farbe deutet auf organische Verunreinigung, starken Eisengehalt und Huminstoffe, die dem Wasser einen dumpfig-moorigen Geruch geben. Indessen beweisen Durchsichtigkeit und Klarheit allein noch nichts. Je länger das Wassers steht, um so mehr kann sich Ammoniak bilden, Kalk fällen,

und um so reiner wird es für das Auge. Fraglich aber bleibt, ob dies auch innere Reinheit bedeutet. Hieraus folgt die Notwendigkeit einer Untersuchung und Feststellung der Ursachen der Verunreinigung. Diese Mißstände sind fast immer durch richtige Fassung oder Behandlung des Wassers zu beheben. Äußerliche (physikalische) Verunreinigungen und Beimischungen, Trübungen des Wassers durch mitgeführte Schwimm- und Sinkstoffe sind durch Klärbecken und Filter zu beseitigen. Wenn an chemischen Bestandteilen der Kalkgehalt zu groß ist, wird das Wasser zu hart, setzt Kesselstein ab, versintert Rohrleitungen und bedingt einen größeren Verbrauch an Seife für Bäder und Wäsche als weiches Wasser. Es sind deshalb nicht über 14 deutsche Härtegrade zuzulassen. Ein deutscher Härtegrad ist gleich 1 Gewichtsteil Kalk in 100000 Teilen Wasser. Fluß-, See- und Talsperrwässer sind meist sehr weich — 0,6 bis 3,5° —, Grundwässer wechseln im Alluvium zwischen 3 und 15°, aus Tiefbrunnen und Quellen zwischen 3—70°."

Das sicherste und einfachste Verfahren der *künstlichen Wasserbeschaffung* ist der Anschluß des Wasserbeckens an eine *öffentliche Wasserleitung*. Ferner kommt die *Entnahme aus Flüssen, Teichen oder Seen* in Betracht, endlich die *Quell- und Grundwasserspeisung*. Diese besondere Wasserbeschaffungsanlage ist in erster Linie dann zweckmäßig, wenn die eigene Anlage in der Herstellung und im Betriebe wirtschaftlicher ist als der Anschluß an eine öffentliche Leitung, wenn die Kraft zur Wasserhebung (aus Tiefbrunnen) billig — z. B. bei einem benachbarten Betriebe — zur Verfügung steht, oder wenn Quellwasser dem Badebecken natürlich zufließen kann und keine weiteren oder nur verhältnismäßige Betriebskosten durch Wasserreinigung usw. entstehen. Diese eigenen Wasserbeschaffungsanlagen sehen am besten *Sammelbehälter* vor, aus denen das Wasser den Badeanstalten zufließt, um die Wasserzuführung gleichmäßig zu gestalten.

Sehr wichtig sind für alle Oberflächen- und Grundwasseranlagen die verschiedenen *Reinigungsverfahren*. Bei dem Oberflächenwasser kommen Absitzbecken oder Filterungsvorkehrungen in Betracht. So hat die Gemeinde-Bade- und Schwimmanstalt *Berlin-Lichterfelde* ein Sandfilterwerk, das das mittels Pumpe gehobene unreine Wasser des Teltowkanals reinigt und dem Badebecken zuwendet. Eine andere Einrichtung besteht z. B. in *München*. Von der Isar abgezweigte Wasserläufe werden zunächst durch flache, der Landschaft angepaßte Querbecken geleitet, wo sich bei stark verminderter Geschwindigkeit die Sinkstoffe niederschlagen und das Wasser durch Luft und Sonne erwärmt wird. Dieses Wasser speist dann die Freibäder der Stadt. Beide Badeanlagen sind durch dauernde Kontrolluntersuchungen als gesundheitlich einwandfrei festgestellt. Das frühere Kadettenhaus *Köslin* besitzt eine Bade- und Schwimmanstalt, bei der ein 8 m breiter Bach durch Ausgrabung und Einfassung mit Bohlenwerk zu einem Badebecken von 40 · 15 m Größe erweitert worden ist. Das Sommerbad der Stadt *Pr.-Holland* in Ostpreußen zeigt einen künstlich geschaffenen Teich von 900 qm Wasserfläche bei 0,5 — 1,6 m Tiefe. Der Teich ist durch eine Verbreiterung eines 6 m breiten Bachlaufes gewonnen und unmittelbar an einem Kreuzpunkt dieses Baches mit einem alten Mühlenkanal so verbunden, daß der Wasserfall des Schleusenablaufes den Einlauf zum Schwimmbecken bildet.

Bei dem *Grund- und Quellwasser* kommen die Enteisenungsanlagen in erster Linie in Betracht. Sie bezwecken, durch möglichst lange dauerndes Belüften des so fein wie möglich verteilten Wassers das Ausfällen der Eisenteile und deren Abfangen in Filtern oder Klärpfannen. Mit dem Eisen wird dabei auch das etwa vorhandene Mangan entfernt. Als ein Beispiel einer Grundwasser-Badeanlage kann die Sommerbadeanstalt *Rudolstadt* gelten, deren Wasser aus Tiefbrunnen durch die Pumpstation des städtischen Wasserwerkes entnommen wird. Zwei Dampfpumpen des Wasserwerks liefern Abdampf zur Badewassererwärmung. Die Badeanstalt auf dem Schießplatz in *Berlin-Grunewald* hat Quellwasserversorgung. Die Gesamtfläche des Beckens beträgt 10 000 qm. Der ursprünglich geplante

Abzugskanal erwies sich nach der Ausschachtung nicht erforderlich, da ein natürlicher Abfluß durch Untergrundstrom gesichert war. Das Badewasser war auch in trockenen Sommern dauernd klar.

Als Beispiel eines an einen benachbarten Betrieb angeschlossenen Schwimmbades kann das städtische Schwimmbad in *Karlsruhe* dienen, das ein Becken aus Eisenbeton mit einer Wasserfläche von 750 qm bei 0,8—2,8 m Tiefe hat und durch Kühlwasser gespeist wird. Dieses Wasser fließt auf 20° C erwärmt von den Oberflächenkondensatoren der Dampfturbinen des Elektrizitätswerkes ab und wird durch zwei Pumpen 5,6 m gehoben. Die Brausen und Wasserzapfstellen sind an die städtische Wasserleitung angeschlossen.

Anhang: Luft- und Sonnenbäder.

Wo das Wasser fehlt, um im Freien zu baden, sollte man wenigstens suchen, die Reinigung und Bespülung der Haut des Körpers durch Luft zu ermöglichen, solange die Lufttemperatur es gestattet. Die gesundheitbringende und stärkende Einwirkung der Luft auf den Körper des Menschen ist bereits erwähnt. Viel zu wenig wird von dieser einfachsten Form des Badens Gebrauch gemacht, es wäre besser um die Gesundheit unserer Bevölkerung, besonders auch der arbeitenden, erwerbenden und handeltreibenden Bevölkerungsschichten bestellt, wenn jeder täglich nur eine halbe Stunde lang, nur mit einer Badehose oder mit einem Badeanzug bekleidet, sich im Freien bewegen, turnen, spielen oder arbeiten könnte. Überall, wo eine 2—2,5 m hohe Einfriedigung Schutz gewährt, kann auf diese Weise ein Luftbad genommen werden. Zum Luftbad ist die unmittelbare Bestrahlung der Sonne nicht unumgänglich nötig. Die Sonne ist auch im Luftbad angenehm, der Hauptfaktor des Luftbades ist aber die Luft. Wer sich in der Sonne baden will, muß besondere Vorsicht üben. Hierüber später noch einige Worte.

Die Dauer des Luftbades soll bei warmem Wetter und beim ersten Luftbad nur etwa 15 Minuten, bei kühlerem Wetter zuerst nur 5 Minuten betragen. Eine aus England stammende Vorschrift besagt, daß schwächliche Personen bei Lufttemperatur unter 15° C das erstemal sich nur entkleiden, den Körper mit einem trockenen Tuche abreiben, bis das Gefühl von Wärme sich geltend macht, und sich dann, also etwa nach 3 Minuten, wieder ankleiden sollen. Das zweitemal darf 2 Minuten lang nach dem Abreiben hin und hergeschritten werden. Das drittemal wird ein Aufenthalt von 15 Minuten gestattet, später kann diese Zeit noch überschritten und je nach Befinden bis zu einer Stunde ausgedehnt werden. Zarte und schwächliche Personen tun aber immer gut, sich die Dosierung des Luftbades vom Arzte vorschreiben zu lassen.

Die Umzäunung des Luftbades wird am besten so eingerichtet, daß die Luft durch sie hindurchkommen kann: aneinander gestellte Latten oder durchbrochene Bretter. Um ein Herantreten und Durchschauen von außen zu verhindern, wird in einer Entfernung von 2 m um den Lattenzaun am besten noch ein Drahtnetzzaun aufgeführt. Im Luftbade selbst wird der Fußboden am besten mit Rasen bepflanzt, der an einzelnen Stellen Lücken läßt für Sandwege oder Sandplätze. Außer einigen breiteren Bänken zum Ausruhen im Sitzen oder Liegen sollen auch Turngeräte vorhanden sein. Die beim Turnen erforderliche Bewegung wirkt am besten einem zu starken Wärmeverlust entgegen.

Bei dem Luftbade sind — wenn es irgend möglich ist — gedeckte Hallen oder Zellen zum An- und Auskleiden und Brauseeinrichtungen zum Abspülen, auch Fußwannen zum Waschen der Füße nach Beendigung des Luftbades vorzusehen. Besondere Plätze für Spielturnen und Reigenturnen dürfen bei größeren Luftbadeanlagen nicht fehlen. In verschiedenen neuzeitlichen Luftbädern sind auch Plätze

mit Arbeitsgelegenheit (Holzhacken, -sägen, Graben, überhaupt Erdbewegung usw.) eingerichtet.

Wo nicht für das gleichzeitige Baden beiderlei Geschlechts zwei abgeschlossene Badestellen vorhanden sind, kann die Trennung der Geschlechter durch die Einrichtung besonderer Badezeiten erreicht werden.

Um die Einrichtung von Luftbädern haben sich die deutschen Naturheilvereine, die in dem „Deutschen Bund der Vereine für naturgemäße Lebens- und Heilweise" vereinigt sind, verdient gemacht. Nach einer Zusammenstellung des Bundes sind von diesen Vereinen etwa 385 Luftbäder mit Spielplätzen begründet worden.

Für Schulkinder und noch kleinere Kinder hat man *Tummelbäder* eingerichtet, wo die Kinder ein Luftbad nehmen und zugleich in ganz flachem Wasser sich bewegen können. In *Königsberg i. Pr.* besteht eine solche Einrichtung für einen Teil des Oberteiches. Die Einrichtung wird im Sommer sehr stark benutzt.

Unter „*Sonnenbädern*" sind Luftbadeanlagen zu verstehen, in denen die Bestrahlung des Körpers durch die Sonne als Wärme- und Lichtwirkung zu Heilzwecken, namentlich zur Anregung des Stoffwechsels, angewandt wird. Es sind keine Stärkungs- und Reinigungs-, sondern Behandlungsbäder. Sie sollten daher nie ohne genaue ärztliche Vorschrift angewandt werden. Unrichtig verabreichte Sonnenbäder können schwere Gesundheitsschäden veranlassen; nicht nur Hautverbrennungen der verschiedensten Grade, sondern auch Störungen der Kreislaufwerkzeuge und des Nervensystems. Luftbäder, in denen die Sonnenbestrahlung möglich ist, müssen ärztlich beraten werden. Jedenfalls ist der Kopf auch im Luftbad beim Ruhen durch einen Schirm oder ein Tuch vor unmittelbarer Sonnenbestrahlung zu schützen. Im Sonnenbad ruht der Badende auf Matratzen, Decken oder ohne Unterlage auf feinem Sand (z. B. am Meeresgestade der Adria, im Seebad usw.). Die Bestrahlung trifft entweder nur einen Teil des Körpers oder den ganzen Körper, der deshalb periodisch umzuwenden ist. Meist erfolgt schon nach kürzerer Zeit Schweißausbruch. Dann muß der Badende in wollene Decken gehüllt und ruhig gelagert werden. Er schwitzt hierbei noch nach und wird etwa nach einer halben Stunde durch ein Voll- oder Brausbade gereinigt. Sonnenbäder waren bereits den Römern sehr gut bekannt.

2. Baden in geschlossenen Räumen.

a) Gesetzliche und Verwaltungsvorschriften.

Aus den reichsgesetzlichen und landesrechtlichen Vorschriften über Anlage und Betrieb von Badeanstalten ist folgendes hervorzuheben: Unternehmer von Badeanstalten unterliegen nicht der Genehmigungspflicht, wie z. B. die Unternehmer von Privatkrankenanstalten (§ 30 Gewerbeordnung). Sie haben nur den Beginn ihres Gewerbebetriebes der nach den Landesgesetzen zuständigen Behörde (meist der Gemeindevorstand des Niederlassungsortes) anzuzeigen (vgl. § 35 Abs. 7 und § 14 GO.). Wenn jedoch Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit des Gewerbetreibenden in bezug auf seinen Gewerbebetrieb dartun, so ist der Betrieb von Badeanstalten nach § 35 Abs. 1 GO. zu untersagen; das gleiche ist der Fall, wenn die Sicherheit der Badenden oder die Sittlichkeit gefährdet erscheint. Dieselben Vorschriften gelten für die Erteilung des Schwimmunterrichtes.

Für die Bauausführung von Badeanstalten ist eine nach Landesrecht zu erteilende baupolizeiliche und, wenn es sich um eine an einer öffentlichen Wasserstraße gelegene Anstalt handelt, eine wasserbaupolizeiliche Erlaubnis erforderlich. Die zuständige Genehmigungsbehörde hat dabei zu prüfen, ob die Baupläne auch

den gesundheitlichen Anforderungen genügen. Bei dieser Prüfung ist der staatliche oder kommunale Gesundheitsbeamte zu beteiligen.

Die in der früher erwähnten preußischen *Anleitung zur Förderung des öffentlichen Badewesens* vom 11. Juli 1910 gegebenen allgemeinen und besonderen *Gesichtspunkte und gesundheitlichen Forderungen über das Baden in geschlossenen Räumen* sind bei aller Kürze noch heute so umfassend und zutreffend, daß es zweckmäßig erscheint, sie hier im Wortlaut folgen zu lassen.

A. Im allgemeinen.

Wo die Anlage von Bädern im Freien nicht ausführbar ist, empfiehlt es sich, Badegelegenheiten in geschlossenen Räumen zu schaffen. Dumpfe, feuchte, ungenügend belichtete und schlecht lüftbare Räume sind zum Baden ungeeignet.

Die einfachste Form des Badens im geschlossenen Raume ist das *Brausebad.* Einrichtung und Betrieb erfordern so geringe Mittel, daß es selbst mit Seife und Handtuch zu sehr geringen Preisen abgegeben werden kann. Wo es sich um das Baden einer größeren Zahl von Personen handelt, bildet das Brausebad da, wo Schwimmbäder nicht zur Verfügung stehen, die gegebene Badeform. Hier kommen zunächst Schulbrausebäder in Betracht. Auch für Pensionen und Erziehungsanstalten ist die Anlage von Brausebädern empfehlenswert.

Brausebäder lassen sich ferner im Anschluß an gewerbliche Betriebe mit Dampfkesselanlage ohne besondere Schwierigkeiten oder Kosten einrichten. Zahlreiche Arbeitgeber sind bereits mit gutem Beispiel vorangegangen. Die Fabrikbrausebäder sind zwar in erster Linie für die Fabrikarbeiter bestimmt; in vielen Fällen sind sie jedoch auch für andere Ortsangesessene gegen billiges Entgelt zur Verfügung gestellt worden.

Wenn die Besitzer von Dampfkesselanlagen nicht geneigt sind, die Herstellung von einfachen Badeeinrichtungen selbst zu übernehmen, so werden sie sich doch häufig bereit finden lassen, den für die Erwärmung des Badewassers oder der Baderäume erforderlichen Dampf oder das vom Öl befreite Kondensationswasser abzugeben. Das letzere eignet sich jedoch zu Badezwecken nur, wenn es geruchfrei ist. Auch beim Bau von Arbeiterwohnhäusern sollte der Beschaffung von Badeeinrichtungen in ausreichender Weise Rechnung getragen werden, wie dies in dem Domänenbetrieb des Preußischen Staates bereits in die Wege geleitet ist. Es läßt sich dies im Anschluß an eine gemeinschaftliche Waschküche für mehrere Häuser unter Benutzung desselben Warmwasserbereiters ohne große Mehrkosten erreichen.

Da der weibliche Teil der Bevölkerung erfahrungsgemäß *Wannenbäder* lieber benutzt als Brausebäder, so empfiehlt es sich, mit der Anlage von Brausebädern zur öffentlichen Benutzung auch die Anlage von Wannenbädern zu verbinden.

Sind die Gemeinden zur Beschaffung von Badegelegenheiten aus öffentlichen Mitteln nicht imstande, so sollten sie wenigstens alle Bestrebungen nach dieser Richtung, namentlich aber die Bildung und Tätigkeit gemeinnütziger Vereine zur Begründung von Volksbädern durch Überlassung eines geeigneten Baugrundstückes oder durch Hergabe von Kapital zu geringem Zinsfuß oder durch Übernahme der Bürgschaft für Darlehn der Landesversicherungsanstalt oder durch regelmäßige Zuschüsse unterstützen. Eine wirksame Förderung wird dem öffentlichen Badewesen schon durch kostenlose Lieferung des Wassers aus einer vorhandenen Wasserleitung zuteil werden. Auch können die Gemeinden zu den Kosten für die Benutzung der Badeeinrichtung seitens der minderbemittelten Volksklassen oder der Schulkinder Beihilfen gewähren oder die Kosten in diesen Fällen ganz übernehmen. Auf diese Weise lassen sich auch die Badeanstalten, welche nicht im Besitz der Gemeinden oder von Vereinen sind, als Volksbäder nutzbar machen.

Wie bei allen Zweigen der Wohlfahrtspflege müssen auch hierbei Behörden und Vereine Hand in Hand gehen; besonders können die beamteten Ärzte erfolgreich mitwirken, indem sie fortgesetzt auf die großen Vorzüge einer regelmäßigen körperlichen Reinigung hinweisen und durch Belehrung und Aufklärung der Bevölkerung das Interesse für die Beschaffung von Volksbädern wachrufen. Wo beratende Körperschaften für gesundheitliche Angelegenheiten (Gesundheitskommissionen) vorhanden sind, bieten deren Sitzungen die beste Gelegenheit, für das öffentliche Badewesen einzutreten.

B. Besondere Maßnahmen für die Badeanstalten.

Wannen-, Brause- und Hallenbäder.

a) Allgemein.

In erster Linie ist eine gute Wasserversorgung und gute Entwässerung sicherzustellen. Ist eine Wasserleitung am Orte vorhanden, so ist, sofern der Preis des Wassers hinreichend niedrig ist, der Anschluß an diese zweckmäßig. Sonst müssen für große Anstalten mindestens

zwei, für kleinere ein Brunnen angelegt werden, dessen hinreichende Ergiebigkeit vor dem Bau festzustellen ist. In der Regel soll das Wasser aus dem Brunnen durch eine Maschine auf die erforderliche Höhe gehoben werden. Handbetrieb ist nur für ganz kleine Badeanstalten zulässig. Ist das Wasser so eisenhaltig, daß Eisenschlamm rasch und stark nach der Förderung ausfällt, so ist es unmittelbar nach der Hebung zu enteisenen.

Es ist dahin zu wirken, daß jede Anstalt, bei Anstalten mit Abteilungen für männliche und weibliche Personen, jede Abteilung einen hellen, hinreichend großen, heizbaren und gut zu lüftenden Warteraum hat. Eine ausreichende Trinkwasserversorgung, Aborte, Pissoire, Müllbehälter, Wäschevorratsräume, auch eine Wäscherei, Wäschetrockenräume sind vorzusehen, sofern die Wäsche nicht an einer anderen Stelle außerhalb der Badeanstalt gewaschen und getrocknet wird.

Der Fußboden der Badezellen wird so zu legen sein, daß kein Wasser in diese treten kann; wenn irgend möglich, soll eine Fußbodenentwässerung vorhanden sein.

Neuanlagen mit mehreren Abteilungen sind möglichst so einzurichten, daß durch Schließung einzelner Zwischentüren ein Teil der Frauenabteilung auch von Männern und umgekehrt benutzt werden kann.

b) Wannenbäder.

1. Die Zellen sollen nicht unter 3 m Höhe und nicht unter $2{,}5 \times 2{,}0$ qm Grundfläche und müssen gutes Tageslicht haben, heizbar und gut zu lüften sein. Verbindungstüren zu anderen Zellen sind zu vermeiden.

Die Innenwände sind glatt und bis 1,5 m Höhe abwaschbar mit ausgerundeten Ecken herzustellen; der Fußboden soll wasserdicht sein und ist mit einer an ein Abflußrohr anschließenden Abflußeinrichtung zu versehen. Die Türen dürfen nicht ins Freie führen; ihr Verschluß ist so einzurichten, daß er vom Badewärter von außen geöffnet werden kann.

2. Die Badewannen können aus Zinkblech, emailliertem Gußeisen, Fayence, Porzellan, Mauerwerk oder Beton, mit Kachelauskleidung, Terrazzo, Kupfer, nickelplattiertem Eisen-, Stahl- oder Kupferblech, auch Holz bestehen. Die Innenwandung muß glatt und leicht zu reinigen sein, der Boden ist etwas geneigt nach der Abflußöffnung herzustellen. Wenn der Abfluß nach einem Schmutzwasserkanal erfolgt, so ist für einen sicheren Wassergeruchverschluß zu sorgen.

Der Rauminhalt der Wanne ist so zu bemessen, daß der Wasserinhalt nicht unter 200 l beträgt. Die Wannen sollen im Boden mindestens 1,25 m lang und 0,5 m breit sein; nach oben sind sie zu erweitern. Die Wannen, die nicht aus Beton oder Mauerwerk mit Auskleidung bestehen, sind weder mit der Zufluß-, noch mit der Abflußleitung fest zu verbinden, so daß sie vom Badepersonal leicht beiseite gestellt werden können, um eine gründliche Reinigung unter und hinter ihnen zu ermöglichen. Es muß deshalb der Wassereinfluß von oben über den Rand der Wanne erfolgen. Das Abflußventil muß in der Ebene des Wannenbodens liegen, damit über dem Ventil oder dem Abflußhahn kein mit der Wanne in Verbindung stehender Hohlraum entsteht, der nicht gereinigt werden kann. Über der Wanne ist eine Brauseeinrichtung für kaltes Wasser anzubringen.

3. Für Kranke mit Hautausschlägen sollen besondere Wannen (nicht aus Holz) vorhanden sein und jedesmal nach Gebrauch desinfiziert werden.

4. In jeder Zelle soll sich ein 100teiliges Thermometer, ein Spiegel, ein Stuhl oder eine Bank, eine Badevorlage, einige Kleiderhaken (an nicht abfärbender Wand), ein Stiefelknecht, ein bis zur Hälfte mit Wasser oder Sägespänen gefüllter Spucknapf, ein Nachtgeschirr sowie ein vom Badenden aus der Wanne leicht erreichbarer Druckknopf oder Klingelzug befinden, durch welchen das Badepersonal jederzeit in die Zelle gerufen werden kann.

c) Brausebäder.

1. Die Zellen bestehen zweckmäßig aus einem Auskleide- und einem Brauseraum, für welchen sich eine Mindestgrundfläche von je 1 qm empfiehlt. Die Trennungswände zwischen den einzelnen Zellen müssen mindestens 2,25 m hoch sein.

2. Außer der schräg zu stellenden Kopfbrause ist es zweckmäßig, eine Seiten- und eine Unterbrause anzubrigen. Alle drei sollen möglichst gleichzeitig durch einen Zug od. dgl. in Tätigkeit gesetzt werden können, müssen aber auch einzeln benutzbar sein.

3. Im Fußboden ist ein Fußbassin mit Ab- und Überlauf vorzusehen, dessen Wasserstand dem Badenden bis über die Knöchel reichen muß. Daselbst ist auch ein schmaler Wandsitz anzubringen, damit der Badende sich bequem die Füße waschen kann.

4. Der Fußboden, welcher reichliches Gefälle haben muß, soll einen Lattenrost erhalten, der leicht entfernbar ist.

5. Die Wassermenge für ein Brausebad ist nicht unter 80 l anzunehmen.

6. Das Brausewasser soll, wenn möglich, den Brausen mit der vorgeschriebenen Temperatur (mindestens 35° C) entströmen. Durch einen einfachen Kaltwasserhahn soll es dem Badenden jedoch ermöglicht werden, diese Temperatur nach Belieben zu erniedrigen.

7. Das Inventar einer Zelle soll aus einer Sitzbank, einem kleinen Spiegel, einigen Kleiderhaken (an nicht abfärbbarer Wand), einem Stiefelknecht und aus einem bis zur Hälfte mit Wasser oder Sägespänen gefüllten Spucknapf bestehen.

d) Hallen-(Schwimm-)Bäder.

1. Zur Vermeidung des Hineinschleppens von Straßenschmutz in die Halle sind geeignete Vorkehrungen (durch Trennung der äußeren Umgänge der Auskleidezellen von den inneren, Anlegen besonderer Fußbekleidung, gründliche Reinigung des Schuhwerks vor dem Eintritt usw.) zu treffen.

2. Der Fußboden muß aus nicht zu glattem, leicht zu reinigendem Material bestehen; die Wände sollen glatte, leicht zu reinigende Flächen darbieten.

3. Für eine hinreichende Zahl von möglichst verschließbaren Auskleidezellen ist zu sorgen. Auch sind Vorkehrungen für die sichere Aufbewahrung von Wertgegenständen zu treffen.

4. Eine Anzahl Reinigungsbäder (am besten Brausebäder), in Frauenabteilungen auch Sitzwannen, sind vorzusehen.

5. An den Wänden des Bassins sind Überläufe mit dauernder Selbstreinigung oder Spucknäpfe anzubringen.

6. Aborte und Pissoire, die für Badende von der Bassinhalle zugänglich sind, müssen vorhanden sein.

III. Betrieb der Badeanstalten.

Die Leitung des Betriebes soll nur zuverlässigen, in der Badepflege gut ausgebildeten Personen übertragen werden. Auszuschließen sind Personen, welche die Heilkunde gewerbsmäßig ausüben, ohne dazu staatlich anerkannt zu sein, oder dieses Gewerbe früher betrieben haben.

Es sollen nur unbescholtene und gesunde Personen als Badepersonal angenommen werden.

Es empfiehlt sich auch, für den Betrieb bestimmte Vorschriften zu geben, die durch eine Betriebsordnung dem Betriebspersonal bekannt zu geben und von jedem Angestellten zu unterschreiben sind.

Die Wassertemperatur der Wannen- und Brausebäder soll mindestens 35° C, die des Hallenbades (Schwimmbassins) mindestens 20° C betragen.

In der ganzen Badeanstalt soll die größte Sauberkeit herrschen. Die Badewannen sind nach jedem genommenen Bade zu reinigen und auszuspülen. Die Wannen- und Brausezellen sind täglich mit Wasserspülung gründlich zu reinigen, insbesondere auch unter und hinter den Wannen.

Das Wasser des Schwimmbassins ist möglichst täglich, mindestens aber zweimal in der Woche zu erneuern; es ist ein ständiger allmählicher Zu- und Abfluß vorgesehen. Der Fußboden ist täglich zu reinigen.

Kämme und Bürsten sollten überhaupt nicht in der Badeanstalt entliehen, sondern von den Badenden mitgebracht werden.

Für jede Badeanstalt ist eine Badeordnung aufzustellen und in jeder Halle, den Warteräumen, der Schwimmhalle usw. bequem lesbar aufzuhängen. Sie muß wenigstens enthalten:

1. den Preis der Bäder;

2. die Höchstdauer des Aufenthalts, einschließlich Aus- und Ankleiden (für Wannenbäder und Hallenbäder 45, für Brausebäder 30 Minuten);

3. eine Bestimmung, daß Personen mit ansteckenden oder ekelerregenden Krankheiten und Wunden die Bäder nicht benutzen dürfen, und daß Personen mit entstellenden Mißbildungen von Hallen- und gemeinsamen Brausebädern ausgeschlossen sind.

Wünschenswert ist auch eine Bestimmung, daß jeder Badegast, der das Schwimmbassin eines Hallenbades benutzen will, zuvor ein Reinigungs-(Brause-)Bad nehmen muß.

Wenn Badezellen, Schwimmanstalten oder Hallenbäder von Männern und Frauen benutzt werden sollen, so ist zwischen die Benutzungszeiten eine genügend freie Zeit ($^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde) zu legen. Während der Frauenbadezeit darf der Baderaum nur von Frauen und Mädchen, sowie Knaben unter 8 Jahren betreten werden, doch muß bei Schwimmbädern möglichst ein tauch- und schwimmkundiger Wärter für Notfälle zur Hand sein, sofern nicht eine vorschriftsmäßig ausgebildete und geprüfte Schwimmlehrerin vorhanden ist.

Auf einen Punkt muß hier noch besonders hingewiesen werden, der in den vorstehenden gesundheitlichen Forderungen nur kurz gestreift wird, das ist die Verhütung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten durch das Wannen- oder Bassinbaden. In Betracht kommen im wesentlichen zwei Krankheiten, einmal der *Tripper* (Gonorrhöe), sodann die *Bindehautentzündung*. P. Engering

kommt in der Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. (Bd. 100, 3/4 Heft, S. 314) auf Grund von Untersuchungen im Düsseldorfer Hygienischen Institut, die durch beobachtete *Gonokokkeninfektion* kleiner Mädchen in einem Heim über die Lebensfähigkeit der Gonokokken veranlaßt wurden, zu dem Ergebnis, daß die Benutzung desselben Badewassers von mehreren Personen die Übertragung des Tripper-erregers ermöglicht: desgleichen bejaht er auch die Infektionsmöglichkeit im Hallenschwimmbad, auch die gleichzeitige Benutzung desselben Soolbade-wassers (2,8%) schließt die Ansteckung nicht aus. Jedenfalls wurde eine relativ lange Haltbarkeit der Trippererreger in Leitungswasser und im Schwimmbassin-wasser festgestellt, so daß die Gesundheitsfürsorge diesem Umstande besondere Aufmerksamkeit widmen muß.

Die *Schwimmbad-Augenbindehautentzündung* wurde nach Seligamnn (a. a. O., Bd. 98, S. 22) zuerst in Berlin (1899—1900; 1909—1913, auch im Jahre 1918), dann in anderen deutschen Städten und in Paris beobachtet. Sie kam bei männ-lichen Personen vor, die Schwimmvereinen angehörten, und dann nach einer Inkubationszeit von 1—3 Wochen meist auf einem Auge erkrankten.

Eine sehr ausführliche Arbeit des Stadtmedizinalrates Dr. Herford in *Görlitz* (Zeitschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte, 1927, Heft 1): *Zur Frage der Schwimmbad-Conjunctivitis*" kommt zu dem Ergebnis, daß die Erkrankung an sich gutartig verläuft, aber zu großer Beunruhigung der Badesuchenden und zu empfindlicher Störung des Badebetriebes durch mangelhaften Besuch führen kann. Es handelt sich nach Herford um das Auftreten einer lebhaften Rötung und Schwellung der Augenlidbindehaut, am stärksten in den Umschlagsfalten, die in parallelen Wülsten vorspringen. In der Conjunctiva tarsi, aber auch vom konvexen Tarsusrande nach rückwärts und in allen Teilen der Übergangsfalten, finden sich eine Menge größerer glasiger Körper. Die Lidspalte ist stark verkleinert. Die Augapfelbindehaut ist wenig oder gar nicht gerötet. Lichtscheu ist nicht vorhan-den, Borken fehlen. Die Tränenabsonderung ist gering. Auffallend ist das fast ausschließliche Befallensein nur *eines* Auges. Immer ist die gleichseitige Prä-aurikulardrüse geschwellt. Mehrfach sind auch Tubenkatarrh und Schwerhörig-keit vorhanden.

Die bakteriologische Untersuchung hat bisher verwertbare Ergebnisse nicht gezeitigt. Oft waren die Sekrete auffallend bakterienarm. Huntemüller konnte die bei Trachom nachgewiesenen Einschlußkörperchen in typischen Erkrankungs-fällen nachweisen.

Herford fordert, die Krankheit meldepflichtig zu machen, damit sofort mit der bisher einzig wirksamen Bekämpfung, der *Chlorierung* des Badewassers, begonnen werden kann. Diese erfolgt durch Chlorgaszuleitung, Umwälzung und Filtration des Wassers, so daß dieses in eine schwache Desinfektionslösung um-gewandelt wird. Das bringt gleichzeitig eine Wasserersparnis, da das filtrierte Wasser dem frischen gleichwertig ist. Im Görlitzer Hallenbad fließt das Wasser durch eine Rohrleitung mit leichtem Gefälle zunächst auf ein Einkammerfilter und wird hier von allen seinen mechanischen Verunreinigungen befreit. Sodann gelangt es in die an die Betonfilterkammer angeschlossene Reinwasserkammer, wo der Chlorgaszusatz erfolgt. Aus dieser Reinwasserkammer saugt die Umwälzpumpe das filtrierte und entkeimte Wasser heraus und drückt es wieder in das Schwimm-bassin zurück. Die Entkeimung geschieht durch eine Hypochloridanlage mit zwei Elektrolyseuren. Sie ist an der Wand montiert, so daß ein besonderer Raum für sie nicht erforderlich ist. Die Bedienung der Gesamtanlage ist sehr einfach und von jedem Arbeiter nebenamtlich vorzunehmen.

Die Chlorierung ist auch geeignet, verbrauchtes Wasser wieder gebrauchs-fähig zu machen, wie Seligmann durch seine Versuche zur Keimfreimachung des

gebrauchten Badewassers durch *Chlorbehandlung* nachgewiesen hat. Dabei kommt er zu dem Schlusse, daß ein mit Chlor behandeltes Badewasser nach ausreichender Umwälzung und Rückreinigung wieder benutzt werden kann. Es ist einleuchtend, daß auf diese Weise die wirtschaftliche Gestaltung eines solchen Schwimmbadebetriebes erheblich erleichtert wird, zumal weder in Berlin noch in Hamburg bei den Badenden ästhetische Bedenken gegen die Wiederbenutzung des mit Chlor behandelten Badewassers laut wurden.

b) Anlage, Bau und Betrieb von Badeanstalten.

Im „Volksbad" (a. a. O.) sowie in den Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Volksbäder (Bd. I—VIII) sind bis ins einzelne gehende Ratschläge für das Planen, den Bau und den Betrieb von Badeanstalten jeder Art mit genauen Berechnungen der Kosten in Reichsmark, Vorschläge für die Wasserbeschaffung, den Dampfverbrauch, die maschinelle Anlage, die Beseitigung der Abwässer, die Erwärmung des Wassers und der Räume, die Beleuchtung und die Wäscherei, ferner für die Einrichtung und den Betrieb der Brausebäder, der Wannenbäder, der Schwimmbäder und der Wellenbäder angegeben, auf die hier verwiesen werden soll, da es unmöglich ist, diese Angaben in diese kurze Zusammenfassung über das Bäderwesen einzufügen. Ebensowenig ist es möglich, auf die zweckmäßigen Angaben im „Volksbad" über die Einrichtung von *Haus- und Wohnungsbädern*, von *Fabrik- und Betriebsbädern*, von Bädern *für die Reichswehr*, von *Schulbädern* und von *Bädern in Strafanstalten* näher einzugehen, die außer genaueren Zahlenangaben über Anlage und Einrichtung sowie über die Kosten (in Reichsmark) auch Beispiele von zweckentsprechenden und vorbildlichen Anlagen bringen. Besonders beachtenswert aber sind die Ratschläge und Muster, die gesondert für die Dorfbadeeinrichtungen und für Anlage, Bau und Einrichtung von Stadtbädern, von Volksbadeanstalten in den mittleren und größeren Städten und über Kosten und Berechnungen, sowie über die Besuchszahlen gegeben werden. Sie gipfeln schließlich in folgenden wirtschaftlichen Forderungen für die Volksbäder in Städten:

„Die Badeanstalten sind möglichst in der Mitte und zugleich in der verkehrsreichsten Gegend der Stadt oder des Stadtteils zu errichten, für den sie bestimmt sind; sie sind nur dem mit Sicherheit zu erwartenden Besuch entsprechend anzulegen und mit den vollkommensten technischen Einrichtungen zu versehen und möglichst mit einer in der Nähe befindlichen, der Gemeinde gehörenden Kraft-, Licht-, Gas- oder Fabrikanlage od. dgl. zu verbinden, deren Abwärme zur Erwärmung des Badewassers benutzt werden kann; die Bäder sind gegen einen Preis abzugeben, der sehr sorgfältig ermittelt werden muß, um einerseits die Selbstkosten einigermaßen zu decken, anderseits so gering als möglich sein soll, um auch minderbemittelten Bevölkerungskreisen das regelmäßige Baden zu ermöglichen, wie überhaupt den erforderlichen Besuch herbeizuführen, der den Bestand und die Ausnutzung der Badeanstalt sicherstellt."

Die Wirtschaftlichkeit der Volksbadeanstalten ist in einer größeren Anzahl von Städten mit günstigem Erfolge dadurch gefördert worden, daß in der Badeanstalt auch Gelegenheit geboten worden ist, therapeutische Bäder und Badeformen anzuwenden. Es kommen hierbei unter anderen in Betracht: die verschiedenen hydrotherapeutischen Anwendungsformen; das Dampfbad, das Heißluftbad (irisch-römisch), das Sandbad, das Moor- und Schlammbad, das künstliche Mineralbad (Soolbad), das Kohlensäurebad, das elektrische Bad und verschiedene sonstige balneotherapeutische Behandlungsweisen.

Für sie können Preise gefordert werden, die einen Überschuß erzielen, und so dazu beitragen, den durch die Volksbadeeinrichtungen (Brause-, Wannen- und Schwimmbad) entstehenden Fehlbetrag zu decken. Zugleich unterstützen sie die ärztliche Behandlung und die Krankenfürsorge in erwünschter Weise, da sie

zahlreichen ambulant zu behandelnden Kranken — besonders des Mittelstandes und der Staatlichen Versicherung die sachgemäße Anwendung der genannten balneotherapeutischen Heilmittel ermöglichen. Vorbedingung für ihre Benutzung ist hier jedoch immer „ärztliche Verordnung", und von Zeit zu Zeit unerwartete ärztliche Revisionen.

Die städtischen Hallenschwimmbäder werden während des ganzen Jahres in den Dienst der Ausbildung der Schuljugend im Schwimmen gestellt, während des Winters werden sie für die Fortsetzung des Schwimmsportes herangezogen und an Sonntagen vielfach für Sportfeste benutzt.

c) Das Badewesen in Deutschland.

Zu keiner Zeit war es so nötig, die wirtschaftlichen Gesichtspunkte zu berücksichtigen, wie in der Jetztzeit, wo das deutsche Volk sich immer noch in einer sehr schwierigen wirtschaftlichen Lage befindet und die Mittel nicht voll aufwenden kann, die die Gesundheitspflege für das Volksbadewesen fordern muß. Auf der anderen Seite fordert die Fürsorge für die Volksgesundheit gerade in der heutigen Zeit, wo der Krieg die Gesundheit des einzelnen, wie auch der Gesamtheit auf das empfindlichste geschädigt hat, wo immer noch große Verschmutzung, Verunreinigung durch Ungeziefer und Verbreitung der Schmutz- und Ungezieferkrankheiten, dabei eine beklagenswerte Wohnungnot herrschen, daß das durch die Kriegszeit in eine trostlose Lage gebrachte öffentliche und private Badewesen gebessert und gehoben wird, soweit es bei der Armut unseres Volkes nur irgend ermöglicht werden kann. Das Badewesen war vor dem Kriege in Deutschland keineswegs so entwickelt, wie es im Interesse der Volksgesundheit und Volkskraft wünschenswert gewesen wäre. Nach der von der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder Ende 1905 durch Vermittlung der Regierungen und der Kreismedizinalbeamten angestellten Erhebung über die öffentlichen Warmbadeanstalten, waren am 1. Januar 1906 im Deutschen Reiche 2847 solcher Anstalten vorhanden, so daß im Durchschnitt des Reiches ca. 21 000 Personen auf eine Anstalt entfielen. Das war gegen 1886 insofern ein Fortschritt, als damals 1131 Warmbadeanstalten, demnach eine auf 29 000 Personen vorhanden waren. Die meisten Anstalten waren im damaligen Königreich Sachsen, nämlich 1 auf 11 000; dann folgte Württemberg und Baden mit 12 000, Bayern und Hessen mit 24 000, Preußen mit 27 000 usw. Immerhin hatten von den mehr als 3000 Einwohnern zählenden Gemeinden im Jahre 1905 insgesamt 1092 mit zusammen 6 507 919 Einwohnern überhaupt noch keine Badeanstalt. Bei den 2847 Warmbadeanstalten standen zur Verfügung 252 Schwimmbassins, 18 996 Badewannen und 11 111 Brausen. Die auf eine Badewanne im Durchschnitt des Reiches entfallende Bevölkerungsmenge betrug 3200, für die einzelnen Länder und Provinzen betrug sie in Berlin und Bremen 1100, in Sachsen und Württemberg 1700, in Baden 1900, in Hamburg 2100, in der Provinz Brandenburg 3200, in Bayern 4000, in Schlesien 5000, Rheinland 5200, Westfalen 5500, Ostpreußen 7100, endlich in dem damaligen Posen 8500.

Diese an sich nicht sehr erfreulichen Zahlen und Verhältnisse sind leider während des Krieges erheblich verschlechtert worden. Der Mangel an Heizmaterial und die ungeheuer gesteigerten Betriebskosten brachten es mit sich, daß zahlreiche Badeanstalten eine Zeitlang ihren Betrieb wesentlich einschränkten, andere ganz schließen mußten. Das aber muß umsomehr beklagt werden, als es bei der großen wirtschaftlichen Not, in der sich die meisten Familien mit Badeeinrichtung in der Wohnung befinden, nur in den seltensten Fällen noch möglich ist, Bäder in der Familie zu nehmen.

Erst im Jahre 1921 sehen wir wieder eine zum Teil erfreuliche Zunahme des Gebrauchs der Hallenschwimmbäder, Brause- und Wannenbäder. Die nach-

folgende Tabelle 1[1]) zeigt dies an 50 deutschen Städten. In einigen Städten, z. B. Berlin, Hamburg, München, Nürnberg und Stuttgart ist die Besserung besonders deutlich.

Tabelle 1. *Städtische Badeanstalten 1920 und 1921.*

Stadt	Hallenschwimmbäder		Brausebäder		Wannenbäder	
	1920	1921	1920	1921	1920	1921
Aachen	242599	252822	29511	28906	24517	54693
Altona	211647	304990	90015[2])	79817[2])	129727	136349
Augsburg	31191	67758	54526	48954	96146	76225
Barmen	295162	349423	11561	6500	119880	139557
Berlin (alt)	104479	313484	126807	377636	287766	526084
Bochum	146536	181069	174301	248582	107326	106588
Bonn	160443	194058	37561	42966	62740	66952
Braunschweig	—	—	67007	68900	80746	76538
Bremen	129006	229581	23322	30011	265645	290990
Breslau	298721	369880	401775	361806	190718	212165
Cassel	—	—	40732	28328	30323	24719
Chemnitz	154730	205177	165445	164838	41844	57065
Crefeld	127990	159054	138491	174540	123510	102187
Dortmund	409061	406094	132497	135351	191631	158419
Dresden	40262[3])	285856	59423[4])	146935	65003[4])	202660
Düsseldorf	268813	413582	218428	212267	284312	290885
Duisburg	298864	423750	64310	72725	185159	152623
Elberfeld	232639	267914	31948	32929	133148	138695
Erfurt	1425[5])	46443	88116	88772	25865	35666
Essen	328425	480627	80643	72976	123487	150427
Frankfurt a. M.	83598	136173	52948	130904	227985	228664
Freiburg	12120	21399	28711	29491	96598	108991
Gelsenkirchen	265121	353197	43657	50308	110617	108147
Gera	—	—	37463	29427	80341	88870
Görlitz	44717	51843	13711	15405	30990	20163
Guben	—	—	30176	24685	35116	30058
Hagen	85269	91022	7543	7310	36698	34851
Halle	173972	198041	39352	43772	95743	104250
Hamburg	1210708	1941459	217084	284589	561581	742416
Hannover	125070	216509	9881	26498	74006	79402
Hildesheim	30431	52087	—	—	36096	42222
Karlsruhe	—	194121	—	135783[6])	.	156904
Kiel	—	—	37784	52182	39699	53086
Köln	777165	766969	155034	166932	573713	515747
Königsberg	—	—	82118	68656	56690	44298
Ludwigshafen	—	—	85343	76638	41708	47726
Lübeck	—	—	2296	1597	25157	29246
Magdeburg	-	—	146069	132505	74713	68094
Mainz	—	—	104583	91029	72877	55482
Mannheim	20873[7])	244958	250454	177411	14262	73200
Mülheim	125876[8])	176565	36874	50691	57791	63874
München	461585	512275	449973	419775	608947	515009
Nürnberg	248816	513130	282002	252292	256900	275813
Offenbach	80445	131405	37693	56632	190533	135815
Oppeln	—	—	.	.	5256[9])	5349[9])

[1]) Die Tabellen 1 und 2 sind in den Monatsheften deutscher Städte Bd. 2, Heft 3 (1922) veröffentlicht.

[2]) Außerdem Schulbrausebäder 1920: 5505, 1921: 10598. — [3]) Ab September. — [4]) Ab Mai. — [5]) Ab Dezember. — [6]) Schul- und Volksbäder. — [7]) Ab 15. November. — [8]) Ab März. — [9]) Einschl. Dampfbäder.

Tabelle 1 (Fortsetzung).

Stadt	Hallenschwimmbäder		Brausebäder		Wannenbäder	
	1920	1921	1920	1921	1920	1921
Pforzheim	65873	80176	15647	13801	128546	135013
Plauen	93963[1])	157456	25539	30463	76072	78730
Stuttgart	295014	473445	57580[2])	71844[2])	299676	346448
Wiesbaden	—	—	49480	52167	255306	228834
Zwickau	68205	91189	7581	7247	60297	69554

Tabelle 2.

Von je 100 Einwohnern wurden 1921 in städtischen Badeanstalten Hallenschwimmbäder genommen:

Berlin (alt)	16	Breslau	67
Bochum	18	München	76
Freiburg	24	Bremen	83
Frankfurt	29	Hildesheim	91
Erfurt	34	Hagen	95
Augsburg	43	Düsseldorf	98
Dresden	49	Halle	102
Hannover	53	Essen	103
Görlitz	63	Mannheim	103
Chemnitz	64	Pforzheim	104
Köln	115	Elberfeld	163
Crefeld	123	Aachen	165
Zwickau	125	Duisburg	166
Dortmund	126	Altona	170
Nürnberg	140	Offenbach	171
Mülheim (Ruhr)	141	Hamburg	188
Karlsruhe	142	Gelsenkirchen	196
Plauen	145	Bonn	206
Stuttgart	151	Barmen	213

Anderseits läßt die Tab. 2 erkennen, wie sehr manche Städte im Hallenschwimmbadewesen gegenüber anderen Städten zurückgeblieben. Am ungünstigsten steht hiernach die Reichshauptstadt Berlin. Im Jahre 1921 wurden in den städtischen Badeanstalten Barmens 13mal soviel Hallenschwimmbäder verabfolgt, als in Berlin. Im allgemeinen sind die Verhältnisse in bezug auf das Volksbadewesen in den deutschen Städten immer noch wenig erfreulich.

Auf der Düsseldorfer Hauptversammlung der deutschen Gesellschaft für Volksbäder im Jahre 1926 forderte Seligmann — und glaubte damit bescheiden zu sein — 3,2 Reinigungsbäder auf den Kopf und das Jahr der Gesamtbevölkerung in Berlin und 3,25 Schwimmhallenbäder. Das würden 12 800 000 Reinigungsbäder und etwa ebensoviel Schwimmhallenbäder bedeuten. Tatsächlich wurden im Jahre 1925 in den Volksbädern Berlins nur 2 700 000 Schwimmbäder und nur 2 500 000 Reinigungsbäder abgegeben.

Es ist deshalb eine dringende Aufgabe der Gesundheitsfürsorge, darauf hinzuwirken, daß überall wieder eine möglichst billige Badegelegenheit, vor allen Dingen für die minderbemittelte Bevölkerung, geboten wird. In den verschiedenen Ländern sind an sich schon die zuständigen Gesundheitsbehörden, namentlich die Medizinalbeamten, angewiesen, Badeanstalten — sei es als Gemeindeeinrichtung oder als Einrichtung eines dazu zu gründenden Zwecksverbandes oder als Einrichtung einer Wohlfahrtsvereinigung zu fördern und anzuregen, sowie die bestehenden Anstalten zu beaufsichtigen. So schreibt z. B. § 107 der Dienstanweisung für die preußischen Kreisärzte (Berlin 1909, Verlag von Richard Schoetz vor:

[1]) Ab April. — [2]) Sonstige Bäder.

„Der Kreisarzt soll die Errichtung von öffentlichen Bade- und Schwimmanstalten, von Volks- und Schulbrausebädern zu fördern suchen. Die Badeanstalten sind nach Bedarf daraufhin zu besichtigen, ob sie den hygienischen Anforderungen entsprechen, ob die Beschaffenheit des Wassers, bei Schwimmbädern auch die Art der Erneuerung des Wassers zu Bedenken Anlaß gibt, ob die nötigen Vorsichtsmaßregeln zur Verhütung von Unglücksfällen, auch geeignete Maßnahmen für die erste Hilfeleistung usw. getroffen sind. Bei den von Privatunternehmern unterhaltenen sog. Kurbädern ist zu prüfen, ob sie als Krankenanstalten im Sinne des § 30 der Gewerbeordnung (vgl. 103 der Anweisung) anzusehen sind. Werden Tatsachen festgestellt, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in bezug auf den Betrieb der Badeanstalt dartun, so ist die Untersagung des Gewerbebetriebes herbeizuführen (§ 35 der Reichs-Gew.-Ordn., § 119 Nr. 1 des Zust. Ges. vom 1. August 1883."

d) Deutsche Gesellschaft für Volksbäder.

Hervorragende Verdienste um die Entwicklung des Volksbadewesens in Deutschland haben sich der Stuttgarter Badefachmann Vetter und der im Jahre 1908 verstorbene Professor für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität in Berlin, Prof. Dr. Lassar, erworben, der zunächst im Jahre 1883 mit großem Nachdruck für das Brausebad eintrat, das als Fabrik- oder Arbeiterbad, als Bad im Heeresdienst und als Schulbad große Verbreitung erlangte. Lassar gründete zunächst den Berliner Verein für Volksbäder, aus dem dann im Jahre 1899 die *Deutsche Gesellschaft für Volksbäder* entstand. Dieser Gesellschaft ist es in erster Linie zu danken, wenn das deutsche Badewesen in den letzten 15 Jahren vor dem Weltkriege einen anerkennenswerten Fortschritt gezeigt hat. Ihre Veröffentlichungen enthalten eine Fülle vortrefflichen Materials, das dem Sozialhygieniker zur Bearbeitung der vorliegenden Frage wichtige Fingerzeige gibt.

e) Das Badewesen in anderen Ländern.

In *Amerika* sind bereits seit Ende des vorigen Jahrhunderts Bestrebungen im Gange, das bisher durch Privatunternehmer und durch Vereine gestützte Badewesen gesetzlich zu regeln. So ist z. B. im Jahre 1895 im *Staate New York* ein Gesetz erlassen worden, nach dem alle Städte mit mehr als 50 000 Einwohnern verpflichtet worden sind, eine genügende Zahl von Badeanstalten zur Benutzung von Unbemittelten zu errichten und zu betreiben. Andere Staaten, z. B. Massachusetts, folgten. Zur Zeit sind überall in Amerikas größeren Städten Reinigungsbäder, auch Schulbäder, auf öffentliche Kosten, und in den großen industriellen Anlagen Fabrikbäder eingerichtet. Ein besonderes Verdienst um diese Bewegung gebührt dem amerikanischen Nervenarzt Prof. Dr. S. Baruch in New York, der auf der Hygieneausstellung 1883 in Berlin das Lassar-Grovesche Brausebad sah und begeistert von dieser Idee in Gemeinschaft mit der „New Yorker Gesellschaft für Sozialpolitik" und der „Society for improving the condition of the poor" das erste Volksbad mit 76 Duschen in New York in der Rivingtonstreet eröffnete. Jetzt stehen die Vereinigten Staaten von Nordamerika unter den Ländern mit gutem Badewesen voran.

In *Dänemark* ist es im letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts den Ärzten und Hygienikern gelungen, durch Wort und Schrift die Bevölkerung für den gesundheitlichen und sozialethischen Wert der Reinlichkeit und des Badewesens zu interessieren. In fast allen Kasernen sind temperierte Brausebäder eingerichtet. In allen Schulen der Hauptstadt und der Provinzstädte sind ebenfalls Brausebäder eingerichtet. Auch in den Fabriken, Gefängnissen und zahlreichen Privatinstituten sind Badeanstalten angelegt. Öffentliche Volksbadeanstalten mit Wannen- und Brause gibt es nur in der Hauptstadt Kopenhagen (hier 8) und in den größeren Provinzstädten.

Für *Dänemark, Schweden und Norwegen* besteht ein gemeinsamer Verein für Volksbadewesen, der der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder ähnlich ist.

In *Schweden* ist das Baden im Freien und in geschlossenen Räumen schon seit alter Zeit weitverbreitet. Im allgemeinen bevorzugt man in den Anstalten das irisch-römische oder russisch-finnische Bad; selbst in den Schulen sind Warmluft- oder Dampfbäder mit nachfolgender kalter Abspülung im Warmwasserbassin, vielfach verbunden mit Räumen für gymnastische Übungen vorhanden. In *Norwegen* liegen die Verhältnisse ähnlich. In *England* finden wir bereits in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts gemeinnützige Gesellschaften, die für die Errichtung von Volksbadeanstalten wirkten. Im Jahre 1846 wurde durch eine besondere Parlamentsakte den Gemeinden das Recht verliehen, Badeanstalten unter Verwendung von Steuergeldern zu erbauen. Überall wurden nun Wannen- und Schwimmbadeanstalten errichtet, selbst die kleinsten Ortschaften verfügen über Badeanlagen, die auch die irisch-römischen Bäder verabreichen. In den Schulen sind in den Untererdgeschossen vielfach Schwimmbäder angelegt, in denen den Schulkindern Schwimmunterricht erteilt wird.

In *Frankreich* ist das Badewesen nicht so entwickelt, wie in England. Der Staat nahm sich auch hier dieser wichtigen gesundheitlichen Frage an. Ein im Jahre 1850 erlassenes Gesetz gab den Anstoß dazu, daß fast jede französische Stadt eine öffentliche Badeanstalt — vielfach verbunden mit einer Waschanstalt — besitzt.

In *Belgien, Luxemburg* und der *Schweiz* liegen die Verhältnisse ähnlich.

In *Rußland* und *Finnland* steht das Badewesen auf einer verhältnismäßig hohen Stufe, insofern, als jede Ortschaft auch das kleinste Dorf, sein Schwitzbad (russisch-finnisches Bad) hat, wenn auch meist sehr primitiv (Übergießen heißer Steine mit Wasser, Ruhen im Dampf, sodann Übergießen mit kaltem Wasser).

In *Holland* ist das Baden sehr verbreitet. Eine Gesellschaft nach Art der „Deutschen Gesellschaft für Volksbäder", die „Nederlandsche Vereenigung voor volks- een schoolbaaden" hat das Verdienst, hier bahnbrechend und sammelnd für die Errichtung von Volksbadeanstalten und Schulbädern gewirkt zu haben und noch zu wirken.

In den Ländern mit *mohamedanischer Bevölkerung* ist das Waschen und Baden eine Vorschrift des religiösen Kultes. Deshalb ist hier auch für das Badewesen durch gemeinnützige Einrichtungen viel geschehen. Auch hier nimmt das Warm- und Heißluftbad als Vorbereitung zur kalten Übergießung und zum Abreiben eine wesentliche Stelle ein. Die öffentlichen Badeanstalten der großen orientalischen Ortschaften sind zum Teil mit maurischer Pracht eingerichtet. Das alte Cordova soll seinerzeit (etwa 1000 n. Chr.) etwa 900 Bäder in maurischem Stil und Glanze besessen haben.

In *Japan* — dem Lande des täglichen Bades und der größten Reinlichkeit — ist die außerordentliche Verbreitung und Ausnutzung der Bäder ebenso bewundernswert, wie die Harmlosigkeit, mit der die Bäder vor aller Augen — ohne Badehose oder Badeanzug — genommen werden; merkwürdig mutet es auch an, daß mit sehr hoher Temperatur (43° C) gebadet, und das Wasser von mehreren Personen hintereinander nach Rang oder Alter benutzt wird. Gründliche Reinigung mit Wasser und Seife geht allerdings dem Bade stets voraus. In Tokio sollen allein über 800 öffentliche Badeanstalten vorhanden sein, in denen täglich 400—500 000 Personen baden. Da, wo keine Badehäuser vorhanden sind, stellt der Japaner seine Badewanne vor die Tür und badet vor aller Augen.

III. Das Heilbäderwesen.

Zu Beginn dieses Kapitels ist darauf hingewiesen worden, welche Fälle von natürlichen Heilfaktoren (Heilquellen, Seebädern und Luftkurorten) Deutschland besitzt. Die Bedeutung dieses Heilschatzes für die Gesundheitsfürsorge

ist nicht zu unterschätzen. Mit Hilfe der in den Kur- und Badeorten enthaltenen Heilkräfte können wir nicht nur den kranken, heilbedürftigen Volksgenossen Linderung, Besserung und Heilung ihrer Beschwerden und krankhaften Zustände verschaffen, sondern auch den Entkräfteten, Erschöpften und Erholungsbedürftigen unter den Arbeitenden und Erwerbenden neue Stärkung des Körpers und Geistes, neue Willenskraft, bringen, sie vor Siechtum und Erkrankung bewahren und dadurch der fortschreitenden Zerrüttung der Volksgesundheit entgegenarbeiten.

Die Gesundheitsfürsorge kann die Kur- und Badeorte aber nur dann zur Erfüllung und Förderung der Volksgesundheit in Anwendung bringen, wenn wenigstens drei Voraussetzungen erfüllt sind.

1. Gesundheitliche Mindestforderungen.

1. *Die Kurbedürftigen dürfen sich in den Kur- und Badeorten allgemein hygienisch nicht ungünstiger befinden als in ihrem ständigen Wohnort, sie müssen vielmehr gesundheitlich so einwandfrei wie möglich aufgenommen, untergebracht, verpflegt und behandelt werden.* Die Kur- und Badeorte müssen den Anforderungen der *Kurorthygiene* nach den verschiedensten Richtungen wenigstens in einem Mindestmaß gerecht werden.

Aus einer Kommission des deutschen Ostseebäderverbandes zur Pflege der öffentlichen Gesundheit in den deutschen Ostseebädern, bildete sich im Jahre 1902 auf Anregung und unter stetiger Mitwirkung des Verfassers sowie unter der verdienstvollen Leitung des Badearztes, Geheimrat Dr. Röchling in Misdroy der *„Deutsche Ausschuß für die gesundheitlichen Einrichtungen in Kur- und Badeorten"* mit der Hauptaufgabe der Pflege und Förderung der Kurorthygiene. In diesem Ausschusse sind vertreten die Reichsbehörden, die beteiligten deutschen Landesregierungen, die Bäderverbände, die Badeärzte und ärztlichen Heilanstaltsbesitzer, die wichtigsten balneologischen Zeitschriften, ferner Fachautoritäten der Balneologie, der medizinischen Wissenschaft, des Volksbadewesens und des Rettungswesens. Auf diese Weise wirken bei den Beratungen die Vertreter der Badeverwaltungen, der ärztlichen und hygienischen Wissenschaft, der Badeärzte und der Regierungen zusammen. Der Ausschuß hat sich auf bestimmte Mindestforderungen geeinigt, die in gesundheitlicher Beziehung an einen Kur- und Badeort zu stellen sind. Diese Mindestforderungen sind dann durch den preußischen Ministerialerlaß vom 28. Januar 1908 den nachgeordneten preußischen Behörden in nachstehender Form als Richtschnur übermittelt und später auch in den in Betracht kommenden anderen Ländern bekannt gegeben worden:

L. Gesundheitliche und bauliche Mindestforderungen.

In jedem Kur- und Badeort, welcher Fremde zum Gebrauch seiner natürlichen oder künstlichen Kurmittel einladet oder zuläßt, mag er sich Kur- oder Luftkurort, Sommerfrische oder sonstwie bezeichnen, erachtet der Ausschuß die Erfüllung nachstehender *Mindestforderungen* für unerläßlich:

1. Das Vorhandensein mindestens zweier geeigneter Isolierräume für die Aufnahme mit übertragbaren Krankheiten Behafteten sowie des Pflegers oder der Pflegerin.
2. Das Vorhandensein eines isolierten Leichenraumes.
3. Das Vorhandensein von Desinfektionsvorrichtungen und -apparaten.
4. Die Anwesenheit eines ausgebildeten Desinfektors am Orte.
5. Aufstellung von Spucknäpfen, wo Kranke verkehren.
6. Sicherstellung ärztlicher Hilfe.
7. Sicherstellung ausreichender Arzneiversorgung.
8. Sicherstellung geschulter Krankenpflege.
9. Möglichkeit, gutes Eis für Kranke zu erhalten.
10. Gutes Trinkwasser in genügender Menge; zur Richtschnur diene die „Anleitung für die Einrichtung, den Betrieb und die Überwachung öffentlicher Wasserversorgungsanlagen,

welche nicht ausschließlich technischen Zwecken dienen" (Beilage zu den Veröffentlichungen des K. Gesundheitsamts 1906, Nr. 30). Jährlich mindestens einmalige Revision; die Beseitigung der Flachbrunnen ist anzustreben.

11. Einwandfreie Beseitigung der Abfallstoffe; Fäkalgruben sind zuverlässig abzudichten; alljährliche Revision der Abfallgruben.

Hinsichtlich der Regelung der Baupolizeiordnungen in Kurorten hat der Ausschuß folgende Grundsätze aufgestellt:

I. Es ist als *wünschenswert* zu bezeichnen, daß

1. die Bauten eines Kurortes den Anforderungen eines geläuterten Schönheitsgefühls entsprechen;

2. daß beizeiten für Aufstellung eines Bebauungs- und Fluchtlinienplanes gesorgt wird.

II. *Unbedingt notwendig* ist die Durchführung folgender Forderungen:

1. In Kurorten ist während der Zeit des stärksten Betriebes (Hochsaison) für die Ausführung von Bauten die Genehmigung in der Regel zu versagen.

2. a) Bei der Ausführung ist der Entwässerung des Baugrundes und Isolierung des Mauerwerks die größte Sorgfalt zu widmen; — b) Neubauten dürfen von Kurgästen erst nach vollständiger Austrocknung bezogen werden. Die zuständigen Behörden haben Vorschriften zu erlassen, durch welche die Austrocknungsfrist für die einzelnen Kurorte festgelegt wird.

3. Auf möglichste Schallundurchlässigkeit der Scheidewände und Zwischendecken ist die größte Sorgfalt zu verwenden.

4. Als Luftraum für Wohn- und Schlafzimmer sind bei ausreichender Lüftung und Belichtung mindestens 25 cbm für den Bewohner zu fordern.

5. Wohnräume dürfen durch Wirtschaftsräume (Küche) und Abortanlagen nicht beeinträchtigt werden. Die Zahl der letzteren muß der Bewohnerzakl des Hauses Rechnung tragen; jeder Abort muß mit einem aufmachbaren Fenster und mit einem Luftableitungsrohr versehen sein.

6. Die zuständige Behörde hat die Anlagen für Trink- und Wirtschaftswasserversorgung sowie die Anlagen für Beseitigung der Küchen- und Abortabgänge zu prüfen.

7. Das gleiche gilt von den Beleuchtungsvorrichtungen.

8. Für die Bauausführung im einzelnen sind geeignete Vorschriften unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und Erfahrungen, welche mit den Baupolizeiverordnungen für die Kurorte und Sommerfrischen einzelner Bezirke (z. B. Breslau, Liegnitz) gemacht wurden, zu erlassen. Diese Bestimmungen sind in den Veröffentlichungen des K. Gesundheitsamtes enthalten.

Zunächst ist bei diesen Mindestforderungen zu beachten, daß der Begriff „Kurort" umschrieben wird. Gesteigerte gesundheitliche Anforderungen an einen Ort wird man erst dann stellen können, wenn seitens der Ortsverwaltung oder seitens einzelner Besitzer unter Hinweis auf gewisse heilende oder stärkende Faktoren des Ortes öffentlich zum Besuch aufgefordert wird oder auch ohne besondere Anlockung die Zulassung von Fremden mit Rücksicht auf die therapeutischen Eigenschaften einen solchen Umfang annimmt, daß aus dem Zusammenströmen vieler Menschen während einiger Monate und aus dem engen Zusammenleben der Besucher Gefahren für diese und die Einwohner entstehen können. Die Mindsteforderungen verstehen *unter einem Kur- und Badeort einen solchen, der Fremde zum Gebrauch seiner natürlichen oder künstlichen Kurmittel einladet oder zuläßt, mag er sich Kur- oder Luftkurort, Sommerfrische oder sonstwie bezeichnen.*

Die Forderungen zu 1—5 richten sich vorwiegend gegen die übertragbaren Krankheiten und bedürfen keiner Erläuterung. Es ist selbstverständlich, daß in großen Kurorten, in Weltbädern, wie in Wiesbaden, Kissingen, erheblich über diese Mindestforderungen hinausgegangen werden muß. Die Gesundheitsbeamten haben bei Kur- und Badeorten streng darauf zu achten, daß der Anzeigepflicht übertragbarer Krankheiten besonders sorgfältig genügt wird. Denn die Gefahr liegt vor, daß in solchen Orten, um den Fremdenzustrom nicht zu hemmen, das Auftreten übertragbarer Krankheiten verheimlicht wird. Auch bei Krankheiten, für die eine Anzeigepflicht nicht ohne weiteres besteht, z. B. Keuchhusten, Masern, muß durch entsprechende Belehrung der Pensionsinhaber und Hausvorstände dafür gesorgt werden, daß derartige Erkrankungen sofort diskret der Bade- und der Gesundheitspolizeiverwaltung mitgeteilt werden, denn nur diese ist in der

Lage, die zur Verhütung einer Weiterverbreitung notwendigen Maßnahmen mit den Betroffenen zu vereinbaren und anzuordnen. Es ist selbstverständlich, daß außer der Sicherstellung ärztlicher Hilfe, ausreichender Arzneiversorgung und geschulter Krankenpflege auch gebrauchsfähige und gut erreichbare Vorrichtungen zur Darreichung der ersten Hilfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen — in Seebädern auch zur Rettung Ertrinkender — und die erforderlichen Wiederbelebungsmittel zur Verfügung stehen müssen. Auch muß das Badepersonal des Schwimmens kundig sein. Von besonderer Bedeutung sind gesunde Wohnungsverhältnisse, gute Trinkwasserversorgung und eine gesundheitlich sichere Abwasser- und Müllbeseitigung, sowie eine genügende Beseitigung der Abfallstoffe, die je nach der Örtlichkeit verschieden in der Anlage — sei es Kanalisation, sei es Senkgrube — immer aber einwandfrei sein muß.

Kurtaxe.

Es ist klar, daß bei den gesundheitlichen Mindestforderungen und allen Forderungen, die darüber hinausgehen, die finanzielle Leistungsfähigkeit des Kur- und Badeortes beachtet werden muß. Hier kommt wiederum in Betracht, daß den Kur- und Badeorten das Recht zusteht, zur Erfüllung ihrer besonderen Aufgaben als Kurort, von den Kurbesuchern, eine bestimmte Abgabe zu erheben. So schreibt z. B. das preußische Kommunalabgabengesetz vom 14. Juli 1893 (G.S.S. 152) im § 12 vor.:

„In Badeorten, klimatischen und sonstigen Kurorten können die Gemeinden für die Herstellung und Unterhaltung ihrer zu Kurzwecken getroffenen Veranstaltungen Vergütungen (Kurtaxen) erheben."

Gesundheitskommission.

Daß es notwendig ist, die Einwohnerschaft des Kurortes selbst für die gesundheitlichen Einrichtungen, und überhaupt für die Kurorthygiene zu interessieren, braucht nicht des näheren ausgeführt zu werden. Denn nur dann, wenn die Bevölkerung das richtige Verständnis für die gesundheitlichen Forderungen besitzt, können diese in der wünschenwertesten Weise ein- und durchgeführt werden. Deshalb hat in Preußen die Ausführungsanweisung zum Kreisarztgesetz vom 16. September 1899 (G. S. S. 172) vorgeschrieben, daß ein aus der Einwohnerschaft zu wählender Gesundheitsausschuß (die *Gesundheitskommission*) in jedem Kur- und Badeort gebildet werden muß, um die gesundheitlichen Fragen des Ortes zum Gegenstande ihrer Beratungen und Beschlüsse zu machen.

Staatliche Aufsicht.

Zugleich ist es dem staatlichen Gesundheitsbeamten zur Pflicht gemacht, die Kur- und Badeorte seines Bezirkes zu beaufsichtigen. So schreibt § 106 der Dienstanweisung für die Kreisärzte in Preußen vor:

„Die Heilquellen, Bäder und sonstigen Kurorte des Bezirks hat der Kreisarzt in gesundheitlicher Hinsicht zu überwachen und jährlich mindestens einmal zu besichtigen.

Bei den Besichtigungen hat der Kreisarzt sein Augenmerk auf die Badeeinrichtungen, die Beschaffenheit der Heilquellen, die Füllmethoden der für den Versand bestimmten Mineralwässer sowie die gesamten hygienischen Einrichtungen des Ortes zu richten. Dabei dienen die gesundheitlichen Mindestforderungen für Kur- und Badeorte nach Maßgabe des Min.-Erl. vom 28. Januar 1908 zur Richtschnur."

2. Einwandfreie Übermittlung und Erhaltung der Heilfaktoren.

Quellenschutz.

Die zweite Voraussetzung für die gesundheitsfürsorgerische Verwendung der Kur- und Badeorte ist, daß *die Heilfaktoren des Kurortes in unverfälschtem und einwandfreiem Zustande den Kurbedürftigen übermittelt werden und daß sie in ihrem*

wichtigen Zwecke der Heilung und Stärkung in geeigneter Verfassung erhalten bleiben. Diese Voraussetzung betrifft in der Hauptsache die *Heilquellen und Mineralwässer.* Überall, wo Kur- und Badeorte in Deutschland vorhanden sind, haben die zuständigen Medizinalbehörden Anordnungen getroffen, über die Fassung der Quellen, über die Abgabe der Mineralwässer und Bademoore, über die Füllung der zum Versand kommenden Heil- und Tafelwässer, über die Bezeichnung als natürliches oder künstliches Gesundheitswasser usw. Zugleich sind die staatlichen Gesundheitsbeamten angewiesen, die Einhaltung dieser Vorschrift zu überwachen.

Von besonderer Bedeutung ist die Fürsorge dafür, daß die Heilwässer und deren Ursprung, die Heilquellen, nicht versiegen oder in einer ihren Bestande oder ihren Mineralgehalte veränderten Weise durch Anbohren oder Erdarbeiten auf benachbarten Grundstücken geschädigt oder in ihrem Werte gemindert werden. Diese Fürsorge, der sog. *Quellenschutz*, ist überall gesetzlich geregelt. Der Quellenschutz kann nur dadurch gewährt werden, daß ein Schutzbezirk um das Quellgebiet gebildet wird, innerhalb dessen bestimmte Erdarbeiten nicht vorgenommen werden dürfen, so daß also in das Verfügungsrecht des Nachbarbesitzers über sein Eigentum eingegriffen wird, daß dieser bestimmten Beschränkungen in der Benutzung seines Grundstückes unterworfen wird. Ein solcher Eingriff in Eigentumsrechte kann nur dann als gerechtfertigt angesehen werden, wenn überwiegende Gründe des öffentlichen Wohles für die Erhaltung der Heilwirkung der Quelle vorliegen, wenn die Quelle, die mit einem solchen Schutz gesichert werden soll, als *gemeinnützig* angesehen werden muß. Diese „Gemeinnützigkeit" wird man allen seit alters her ärztlich erprobten Quellen ohne weiteres zuerkennen können, ebenso allen neuerbohrten Quellen, die eine gleiche Beschaffenheit und Zusammensetzung wie bereits bestehende erprobte aufweisen und schon von der leidenden Menschheit in Anspruch genommen werden. Anders verhält es sich mit denjenigen Mineralwässern, die meist als „Tafelwasser" in Gebrauch kommen, wie z. B. die Wasser von Selters, Fachingen, Apollinaris, Rhens, die „Kohlensäuerlinge" genannt werden, sowie als Tafelgetränk vielfach Verwendung gefunden haben und noch finden. Das *Preußische Quellenschutzgesetz* vom 4. Mai 1908 (G.S.S. 104) hat in seiner Begründung diese Frage erörtert und dabei betont, daß von namhaften ärztlichen Autoritäten auch diesen Kohlensäuerlingen Heilwert beigelegt werde. Eine scharfe Trennung zwischen Heilwasser und Tafelwasser erscheine an sich nicht durchführbar. Daneben aber sei in Betracht zu ziehen, daß in nicht seltenen Fällen der Betrieb einer Tafelwasserquelle in Verbindung mit den hierdurch beeinflußten Nebenindustrien (Krug-, Flaschen-Kistenfabrikation) weiten Kreisen der Bevölkerung gerade in solchen Teilen des Staatsgebietes, die mit schweren Erwerbs- und Arbeitsverhältnissen zu kämpfen haben, lohnender Verdienst gewährt wird. Auch dies müsse bei der Beurteilung der Frage, ob eine Mineralquelle als gemeinnützig anzusehen sei, berücksichtigt werden.

Anderseits kann eine gemeinnützige Quelle, sofern sie auf eine ihren Bestand oder ihren Mineralgehalt gefährende Weise benutzt wird, oder die Art ihrer Unterhaltung und Benutzung nicht dem Bedürfnisse der öffentlichen Gesundheitspflege entspricht, nach ergebnisloser Aufforderung seitens der zuständigen Behörde zur Abstellung der Mängel nach § 29 des vorgenannten Quellenschutzgesetzes zugunsten eines Unternehmers, der für die Erhaltung und ordnungsmäßigen Benutzung der Quelle die erforderliche Sicherheit gewährt, enteignet werden.

Die staatlichen Gesundheitsbeamten sind überall angewiesen, bei der Beaufsichtigung der Kur- und Badeorte auch hierauf zu achten. § 108, Abs. 3, der erwähnten Dienstanweisung für die preußischen Kreisärzte, schreibt z. B. vor:

„Wird eine als gemeinnützig anerkannte Quelle, oder eine Quelle, für die die Voraussetzung zu dieser Anerkennung gegeben erscheint, auf eine ihren Bestand oder ihren Mineral-

gehalt gefährdende Weise benutzt, oder entspricht die Art ihrer Unterhaltung und Benutzung nicht dem Bedürfnis der öffentlichen Gesundheitspflege, so hat der Kreisarzt die Einleitung des Verfahrens auf Enteignung der Quelle beim Regierungspräsidenten anzuregen."

3. Sozialhygienische Verwertung der Kur- und Badeorte.

Die dritte Voraussetzung ist, daß die *Heilschätze der Kur- und Badeorte Allgemeingut des Volkes werden*, daß nicht nur die Reichen von ihnen Nutzen ziehen, daß sie nicht ausschließlich Luxus- und Vergnügungsbäder sind, sondern daß sie Heilbäder sind, und dabei auch Heil- und Erholungsbedürftigen der minderbemittelten Bevölkerung dienen, daß sie den breiten Schichten des Volkes Heilung, Kräftigung und Erholung bringen, und daß, wenn es sich ermöglichen läßt, auch die Armen auf Kosten öffentlicher oder gemeinnütziger Fonds zu erschwinglichen Preisen an der Wohltat der Kurortheilung teilnehmen können.

Dieser Gedanke ist während des Weltkrieges durch das Rote Kreuz für die Kriegsbeschädigten und nach dem Weltkriege zuerst von dem preußischen Minister für Volkswohlfahrt allgemein zum Gegenstand eines zielbewußten Vorgehens gemacht worden. Dabei hat sich herausgestellt, daß bei dem Heilverfahren für die minderbemittelte Bevölkerung in den Kur- und Badeorten folgende Einzelkosten in Betracht kommen: die Reisekosten nach und von dem Kurorte, die Kosten für Miete und Verpflegung, die für den Gebrauch der Kurmittel, für Pflege und Wartung, sowie für den Arzt, endlich die Kosten für die Kurtaxe. Kurtaxe und Kurmittel sind bereits von den meisten deutschen Kur- und Badeverwaltungen für die ärmere Bevölkerung und die Sozialversicherten ermäßigt worden. Die Fahrpreise der Eisenbahn bei Reisen mittelloser Personen nach und von Kurorten können nach den Vorschriften des deutschen Eisenbahn-Personen- und Gepäcktarifs ermäßigt werden, wenn diese Personen in einer öffentlichen Kuranstalt untergebracht werden oder in einer solchen, in denen die Bäder und sonstigen Kureinrichtungen unentgeltlich oder zu ermäßigten Preisen abgegeben werden. Für die Miete und Verpflegung in den Kur- und Badeorten müssen besondere Kostenträger gefunden werden, die sich an der Aufbringung der Mittel beteiligen.

Hierzu wurde in einem Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 1. März 1921 I M II Nr. 418 geltend gemacht, daß die für die Unterbringung mittelloser Kurbedürftiger und erkrankter Sozialversicherter in erster Linie zuständigen Gemeindeverbände und Versicherungsträger ihre Kranken und Erholungsbedürftigen mehr als bisher in derartige Kuranstalten unterbringen, soweit aber entsprechende Anstalten in den Kurorten nicht bereits bestehen, solche selbst übernehmen möchten, indem sie freigewordene militärische Gelände und Gebäude oder zum Verkauf stehende Pensionshäuser erwerben und entsprechend ausstatten. Auch wurde darauf hingewiesen, daß, wie in England, die Gewerkschaften für ihre Mitglieder und deren Angehörige solche Anstalten und Heime in Kur- und Badeorten in Benutzung nehmen oder selbst errichten könnten; auch daß die Standesvereine und Berufsverbände, wie Beamten-, Bauern- und Handwerkervereine an dieser Fürsorgearbeit für ihre Mitglieder zu beteiligen sein würden, wodurch sie ihre Mitglieder nur um so mehr verpflichten würden. Wo fiskalisches Gelände in den Kur- und Badeorten vorhanden sei, müsse erwogen werden, den zu bildenden Kostenträgern jener Anstalten und Fürsorgeeinrichtungen den Grund und Boden kostenlos oder gegen eine geringe Anerkennungsgebühr zu überlassen. Zugleich hatte der Minister die Oberpräsidenten ersucht, mit den in Betracht kommenden Trägern der Reichsversicherung, Gewerkschaften und sonst in Frage kommenden Verbänden, sowie mit den Kommunalverbänden unter Zuziehung der Badeverwaltungen im Sinne der obigen Maßnahmen zu verhandeln.

Auf die hiernach eingehenden Berichte erfolgte dann der Ministerialerlaß vom 27. April 1922 I M II, Nr. 1588, der über die vorliegende Frage bemerkenswerte Aufschlüsse gibt und deshalb im Auszug folgt:

„Die angeordneten Feststellungen haben ergeben, daß die Verhältnisse in den einzelnen Provinzen sehr verschieden liegen, daß in einigen Landesteilen geeignete Kur- und Badeorte für die Schaffung von Einrichtungen zur Behandlung von Sozialversicherten und Angehörigen der minderbemittelten Bevölkerung überhaupt nicht oder nur in geringem Umfange vorhanden sind, andere dagegen zahlreiche derartige Gelegenheiten bieten, sowie daß in den meisten preußischen Kur- und Badeorten schon bisher Vergünstigungen, wenn auch in sehr verschiedenem Maße, gewährt werden. Auch sind die organisatorischen Vorarbeiten und Verhandlungen zwischen den Hauptbeteiligten in einigen Provinzen mit besonderem Erfolg gefördert worden.

Vorbildlich ist das Vorgehen der beteiligten Stellen im Rheinland. Hier hat sich auf Veranlassung des Herrn Oberpräsidenten unter Beteiligung aller in Betracht kommenden Faktoren der Landesregierung, der Reichsversicherung, der Wohlfahrts- und Berufsverbände sowie der Kommunalverbände eine *Bäderfürsorgeorganisation* gebildet, deren Leitung die Arbeitsgemeinschaft der Reichsversicherungsträger für die Rheinprovinz übernommen hat. Diese Organisation arbeitet durch eine örtliche Fürsorgestelle in dem betreffenden Badeort, von der die Unterbringung der Pfleglinge in die Unterkunftsstellen besorgt wird. Den Fürsorgestellen sind Kommissionen beigegeben, bestehend aus einem Arzt, aus Vertretern der Kurverwaltung, der Pensionsinhaber und der Kurgebraucher. Den Kommissionen liegt in der Hauptsache ob, Zwistigkeiten zwischen den Beteiligten beizulegen und zu vermeiden. Die Bäderfürsorgeorganisation beabsichtigt einen Fonds zu bilden, aus dem Zuschüsse für die minderbemittelte Bevölkerung gezahlt werden sollen, sie hofft für diesen Fonds Beihilfen aus Reichs- und Landesmitteln zu erhalten.

Beachtenswert ist ferner das Vorgehen Schlesiens. Hier haben die Kurverwaltungen und die Badeärzte beschlossen, ein über die bisherigen Vergünstigungen hinausgehendes weiteres Entgegenkommen zu beweisen, um auch ihrerseits an dem wichtigen Werke der Volksgesundheit mitzuarbeiten. Die schlesischen Bäder haben sich bereit erklärt, den Versicherungsträgern Nachlässe an Kurtaxe und Kurmittelpreisen zu gewähren, und zu diesem Zwecke auf Wunsch Verträge mit ihnen abzuschließen; ferner für verbilligte Verpflegung und Unterkunft Sorge zu tragen, wenn die Kur des Versicherten auf Kosten der Versicherungsträger erfolgt. Auch hier sollen örtliche Ausschüsse die Unterbringung vermitteln. Ebenso sollen Privatkurgästen aus dem Mittelstande die gleichen Vergünstigungen gewährt werden, wenn sie ihre Bedürftigkeit nach bestimmten Grundsätzen nachweisen. Diese Vergünstigungen sollen nur außerhalb der Hauptkurzeit gelten, außer wenn die eine oder andere Badeverwaltung sich bereit erklärt, die Vergünstigungen im Einzelfalle auch in der Hauptkurzeit zu gewähren.

Die Badeärzte haben sich bereit erklärt, auch ihrerseits Ermäßigungen der Behandlungsgebühren an Personen zu gewähren, die von den Badeverwaltungen Vergünstigungen erhalten.

In den Berichten ist wiederholt betont worden, daß eine der wichtigsten Voraussetzungen der geplanten weiteren Nutzbarmachung der Kur- und Badeorte für die minderbemittelte Bevölkerung die Benutzung der außerhalb der Hauptbesuchszeit (15. Mai bis 15. September) liegenden Monate, vor allem aber der Wintermonate sei, die auch von den dazu bereiten Kurverwaltungen im allgemeinen noch nicht ausreichend ausgenutzt werden können, weil in dieser Zeit die Besucher fern bleiben."

Ähnliche Bestrebungen sind auch in den anderen in Betracht kommenden Ländern im Gange. Es ist also für einen großen Teil des Deutschen Reiches in der Verwertung der Kur- und Badeorte für die minderbemittelte Bevölkerung ein verheißungsvoller Anfang gemacht. Je mehr das deutsche Volk verarmt, je mehr seine Gesundheit leidet, umso mehr muß auf diesem Wege weiter fortgeschritten werden. Diese Nutzbarmachung der deutschen Kur- und Badeorte hat auch noch den weiteren Vorteil, daß sie hilft, die verschiedenen sozialen Schichten einander näher zu bringen und zu verstehen. In den Heilorten werden die Angehörigen der verschiedensten Bevölkerungsschichten in einer Lebensperiode zusammengeführt, wo die Seele im allgemeinen für die Gemeinschaft und Anlehnung mehr aufgelegt und zum Verstehen des anderen leichter bereit ist als sonst. Der Boden für den Ausgleich wird geebnet, wenn Arm und Reich, Hoch und Niedrig an derselben Quelle Labsal und Heilung suchen und finden.

IV. Das Heilbadewesen in anderen Ländern.

Frankreich.

Das, was an Quellenschutz in Deutschland vorhanden ist, war zum großen Teil aus *Frankreich* übernommen. Hier wurde bereits durch das Gesetz vom 14. Juli 1856 nebst Ausführungsdekret vom 8. September 1856 ausführliche Bestimmung getroffen über die Erklärung der Gemeinnützigkeit einer Quelle, über die Abgrenzung eines Schutzbezirkes und über die in diesem Schutzbezirk zulässigen Arbeiten. Die Anerkennung der Gemeinnützigkeit erfolgt durch das Ministerium. Der Quelleneigentümer kann auch mit Genehmigung des Ministers auf den Nachbargrundstücken Erdarbeiten zur Erfassung der Quelle usw. vornehmen.

Die Ordonnanz vom 18. Juli 1823 bestimmt, daß zum Betriebe einer Mineralquelle als Bad, Trinkbrunnen oder zum Versand die Genehmigung des Ministeriums erforderlich ist, der zur Überwachung der unveränderten reinen Beschaffenheit des Wassers einen Inspektor, in der Regel den zuständigen Gesundheitsbeamten bestellt. Bei dieser Überwachung ist alles für die Gesundheit Bedeutsame zu beachten, besonders die Kurorthygiene und die Reinerhaltung der Quelle.

Dieselbe Ordonnanz schreibt auch vor, daß die Herstellung und der Vertrieb von künstlichen Mineralwässern von der Erbringung des Nachweises darüber abhängig gemacht werden muß, daß die Unternehmer die nötigen Kenntnisse zur Herstellung von Mineralwässern besitzen oder einen approbierten Apotheker damit beauftragen.

Ferner ist am 13. April 1910 ein Gesetz erlassen worden, nach dem die Heilbäder und Kurorte auf Antrag als „station hydrominerale" oder „station climatique" vom Staate nach Anhörung der Akademie der Medizin, des obersten Gesundheitsrates und einer bei dem Ministerium des Innern errichteten „Commission des stations hydrominerales et climatiques de France" anerkannt und ihnen dann das Recht zur Erhebung einer Kurtaxe zum Zwecke der Verwendung für die allgemeine und besonders die gesundheitliche Verbesserung ihrer Kureinrichtungen zuerteilt werden kann. Eine für jeden Kur- und Badeort zu ernennende „chambre d'industrie thermal ou climatique", die aus dem Präfekten des Bezirks oder seinem Stellvertreter als Vorsitzenden, den zuständigen Gesundheitsbeamten und Bergbeamten, zwei von dem Präfekten ernannten, am Orte ansässigen Ärzten, dem Bürgermeister und zwei Gemeindemitgliedern, sowie zwei sonstigen gewählten Mitgliedern besteht, hat darüber zu wachen, daß die aus der Kurtaxe erwachsenen Einnahmen nur dem Zwecke entsprechend verwendet werden. Diese Kammer hat alljährlich an die Zentralkommission zu berichten, die dem Ministerium darauf ihre Vorschläge macht, wobei die Verwendung der Einnahmen im Interesse der Kurbedürftigen aus der minderbemittelten Bevölkerung berücksichtigt werden kann.

Skandinavien.

In *Dänemark*, *Schweden* und *Norwegen*, wo zahlreiche Seebäder und Luftkurorte vorhanden sind, bestehen keine besonderen Vorschriften für Kur- und Badeorte, vielmehr sind hier die allgemeinen gesundheitlichen und sonstigen Bestimmungen maßgebend.

Belgien. Schweiz.

Das gleiche gilt für Belgien und die Schweiz.

Italien.

In *Italien* ist nach dem Gesundheitsgesetz vom 22. Dezember 1888 und nach den Ausführungsbestimmungen vom 3. Februar 1901 der Verkauf von natürlichem Mineralwasser, das aus einer nicht genügend gegen Verunreinigung geschützten Quelle kommt, verboten. Ebenso ist verboten die Herstellung und der Verkauf

von Mineral- und künstlichem gashaltigen Wasser, dessen Bereitung aus unreinem Wasser erfolgt ist, oder dessen weitere Behandlung geeignet ist, ihm schädliche Eigenschaften zu verleihen.

Kur- und Badeanstalten, Wasserheilanstalten, Thermal-, Mineral- und sonstige Bäder, bedürfen nach demselben Gesetze einer Genehmigung des Präfekten.

Österreich.

Der Betrieb von Heilquellen ist an eine Genehmigung gebunden, die von der politischen Landesbehörde nach gutachtlicher Anhörung des Landes-Sanitätsrates erteilt wird. Auch zur Herstellung und dem Vertrieb von künstlichem Mineralwasser bedarf es einer besonderen Genehmigung. Für diese ist der Nachweis Voraussetzung, daß der Bewerber entweder in einer technischen Lehranstalt oder an einem chemischen Institute die zur Ausübung des beabsichtigten Gewerbebetriebes erforderlichen chemischen Kenntnisse und durch eine wenigstens zweijährige Verwendung in einem chemischen Laboratorium oder einer Mineralwasserfabrik die nötigen Fertigkeiten erworben hat. Der Begriff „Kurort" ist gesetzlich festgelegt, so in Nieder-Österreich durch Gesetz vom 8. September 1902. Hier lautet § 1:

„Der Statthalterei, im Einvernehmen mit dem Landesausschuß, steht das Recht zu, eine bestimmte Ortschaft unter genauer Begrenzung ihres Umfanges als Kurort zu erklären.

Als ‚Kurort' im Sinne dieses Gesetzes kann nur ein solcher Ort angesehen werden, innerhalb dessen das Vorhandensein von Heilbädern, Heilquellen und sonstigen der Krankheitspflege dienenden Wohlfahrtseinrichtungen sanitärer Natur einen derartigen Zufluß von Fremden zur Folge hat, daß der hierdurch eintretenden Steigerung des Bedürfnisses nach Wohlfahrtseinrichtungen anderer Art, wie Ortsbeleuchtung, Pflasterung, Straßenbespritzung, Promenaden, Theater, Konzerte usw. die lokalen Mittel allein nicht mehr genügen, sondern die diesbezüglichen Erfordernisse durch unmittelbare Heranziehung der dieser Vorteile hauptsächlich teilhaftig werdenden Fremden gedeckt werden müssen."

Damit ist zugleich die Grundlage für die Erhebung einer Kurtaxe gegeben. Eine Verordnung des Staathalters von Nieder-Österreich vom 12. Mai 1906 verbietet in allen Kurorten das freie Ausspucken auf öffentlichen Wegen und schreibt das Aufstellen von mit Wasser gefüllten Spucknäpfen in allen Restaurationen, Fremdenzimmern usw., sowie an den öffentlichen Wegen, ferner Anzeigepflicht und Desinfektion beim Wohnungswechsel und Todesfällen an Tuberkulose vor.

Endlich schreibt das Berggesetz vom 23. Mai 1854 vor, daß in der Nähe von Mineralquellen nur mit behördlicher Bewilligung nach vorangegangenen genauen technischen und geologischen Erfahrungen Bauten, durch die eine Quelle beeinträchtigt werden könnte, vorgenommen werden dürfen. Ob eine Quelle als Mineral- und Heilquelle zu gelten hat, entscheidet die politische Landesbehörde auf Grund der vorzulegenden, von einem anerkannten Fachmann ausgeführten chemischen Analyse und sonst etwa als nötig erachteten Erhebungen.

Rumänien.

Das Gesetz vom 24. April 1909 bestimmt für den Betrieb der früher staatlich jetzt unter finanzieller Beteiligung des Staates von Unternehmergesellschaften geleiteten Heilbäder, daß sie den gesundheitlichen Anforderungen entsprechend ausgerüstet werden müssen und für jeden Badeort ein beamteter Arzt zu bestellen ist, der sich nur mit der Leitung des Badebetriebes und mit der Überwachung der hygienischen Verhältnisse zu beschäftigen hat. Die für die Bäder und Versandwässer zu erhebenden Gebühren unterliegen der Genehmigung des Handelsministeriums, dessen Aufsicht auch die Füllung und der Versand der Mineralwässer unterstehen.

Rußland.

In Rußland, das überaus reich an Kur- und Badeorten ist, hat das Dekret des Rates der Volkskommissare vom 4. April 1919 sämtliche Kur- und Badeorte

mit allen Einrichtungen, Bauten und Immobilien zum *Volkseigentum* erklärt, das nur zu Heilzwecken zu verwenden ist. Ferner bestimmt das Dekret des Volkskommissariat vom 21. Dezember 1920 die Nutzbarmachung der Krim als allrussische Heilstätte. Diesen Dekreten zufolge müssen die Kur- und Badeorte den Zwecken der Heilung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Arbeiter und Bauern, sowie überhaupt der werktätigen Bevölkerung der Räterepupliken und auch derjenigen anderer Länder dienen. Um die nötigen Mittel für die unentgeltliche Verwendung der Kurorte zu beschaffen, wurden diesen sog. *Ratwirtschaften* (mit Ländereien) beigegeben. Diese schaffen für die staatlichen Kurorte eine wirtschaftliche Basis, indem sie es ermöglichen, eigene Farmen, Weinbau u. a. zu verwalten und die Sanatorien, in denen die Pfleglinge untergebracht werden, mit den nötigen Nahrungsmitteln zu versehen.

Das Ziel des Sowjets-Gesundheitsamtes ist, das Kurortwesen im Sinne der Arbeiterfürsorge zu entfalten: es sollte den Arbeitern während ihres vorübergehenden Aufenthaltes in den Kurorten alles geboten werden, damit sie den besten Nutzen von der Kur, von der Anwendung verschiedener Heilmethoden, sowie von den Heilfaktoren der See, Luft und Sonne, und des Bodens haben. Hierzu hat das Kommissariat für Volksgesundheit eine regelrechte Organisation für Hilfsleistung in den Kurorten geschaffen, Ambulatorien, Polikliniken und wissenschaftliche Institute gegründet. In Moskau wurde in der Heilstättenabteilung des Volkskommissariats für Volksgesundheit seit 1921 eine zentrale wissenschaftliche Kurortklinik eröffnet. Zugleich ist eine Fachzeitschrift für Bäderkunde begründet worden. Seit 1923 erscheint dieses Zentralorgan unter der Bezeichnung „Bäderkunde"; hier wird auch die ausländische Fachliteratur verfolgt und im Auszug wiedergegeben.

Ungarn.

Hier ist ebenso wie in Österreich für den Betrieb von Heilquellen wie auch für den Kurortbetrieb die staatliche Genehmigung erforderlich, die vom Ministerium erteilt wird. Dieses kann auch nach Anhörung von Sachverständigen nach § 16 des Wassergesetzes vom 15. Juni 1885 einen Schutzbezirk mit den erforderlichen Anordnungen und Verboten bestimmen. Bezüglich der künstlichen Mineralwässer bestehen ähnliche Bestimmungen wie in Österreich. Sämtliche Kur- und Badeorte unterstehen der Aufsicht des Ministeriums und des Obergespans, in dessen Gebiet sie sich befinden. Hierzu ist für jedes Bad auf die Dauer der Kurzeit ein behördlicher Badekommissar zu bestellen, der alle Einrichtungen zu überwachen, namentlich auch die Erhaltung der Quellen und die hygienischen Belange zu beobachten hat. Die Erhebung von Kurtaxen kann genehmigt werden.

Literatur.

Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Volksbäder Bd. I—VIII. Berlin: August Hirschwald. — Das *Volksbad*, seine Errichtung und sein Betrieb. Berlin: Julius Springer 1919. — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund in Minden: *Das öffentliche Gesundheitswesen*, im Hand- und Lehrbuch der Staatswissenschaften III. Abt., Bd. 7. Leipzig: C. L. Hirschfeld 1914. — Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich und Prof. Dr. Kaminer in Berlin: *Handbuch der Balneologie, medizinischen Klimatologie und Balneographie.* Bd. I—V. Leipzig: Georg Thieme 1916—1925. — Veröffentlichungen der Balneologischen Gesellschaft in Berlin. 30.—37. öffentliche Versammlung Berlin W. 1909—1922. Oscar Coblenz. — Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. XVI. Bd., 6. Heft: *Der 38. Balneologenkongreß Berlin 1922.* Berlin: Richard Schoetz 1922; — XVIII. Bd., 4. Heft: *Das Kurortwesen in der Russischen sozialistischen Räterepublik*, von Dr. N. T. Tesjakow. Berlin: Richard Schoetz 1923. — *Deutscher Bäderkalender.* Kalender für Ärzte, Jg. 1923. Berlin: Bäder- u. Verkehrs-Verlag G. m. b. H., Berlin SW 48 1923. — Vetter, Leo: Das Bad der Neuzeit und seine historische Entwicklung. Mit 57 Illustrationen und 21 Plänen. Stuttgart u. Leipzig: Deutsche Verlagsanstalt 1904. (Mit eingehender Literatur, Geschichte und Statistik.)

Die sozialhygienische Bedeutung der deutschen Sozialversicherung.

Von

F. Appelius und E. Aschenheim

Düsseldorf Remscheid.

I. Einleitung.

Die kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881 bildete den Ausgangspunkt einer Entwicklung, die von ausschlaggebender Bedeutung nicht nur für das ihr eigentümliche Gebiet der Sozialversicherung, sondern auch für die Gestaltung der gesamten deutschen Kultur werden sollte. „Den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie *Anspruch* haben, zu hinterlassen", betonte die kaiserliche Botschaft als Zweck und mit den Worten: „aber auch diejenigen, welche durch Alter und Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der *Gesamtheit* gegenüber einen begründeten *Anspruch* auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zuteil werden können", ist sie das erste Staatsdokument, das die Schaffung eines sozialen *Anspruches* begründete. Bismarck war es, der den Schritt auf ein Gebiet wagte, das vollkommenes Neuland war. Damit gab er den Anstoß zu der Entwicklung zu der Sozialversicherung, deren gewaltigen Bau wir heute vor uns sehen. Sie ist ebensowenig aus dem heutigen Leben hinwegzudenken, wie wir uns dieses ohne die Errungenschaften der modernen Technik vorstellen können. Wo viel Licht ist, ist auch Schatten, und ebenso wie der moderne Verkehr nicht allein Vorteile gebracht hat, ebenso — das soll gar nicht geleugnet werden — haften der Sozialversicherung wie allem Menschenwerk Schlacken an. Es ist aber auch ein Zug der jetzigen Zeit, diese Nachteile besonders zu betonen, und alles schwarz in schwarz zu malen. Allerdings hat noch kein Kritiker gesagt, wie er sich das heutige Leben ohne Sozialversicherung vorstellt.

Auf all die Umstände näher einzugehen, welche schließlich dazu geführt haben, eine Sozialversicherung einzuführen, d. h. die historische Entwicklung im einzelnen darzulegen, ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Es sei nur darauf hingewiesen, daß mit der Entstehung und Entwicklung der Industrie, mit den sich dabei ergebenden Folgen hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Arbeiter und der hygienischen Anforderungen an den Arbeitsraum usw. Hand in Hand der Wunsch ging, Abwehrmaßnahmen gegenüber den Schädigungen, die die Fabrikarbeit mit sich brachte, zu schaffen. Das, was zuerst von privater Seite und im Wege der Selbsthilfe[1]) geschaffen wurde, wurde später als

[1]) Vgl. Düttmann u. Bülow: Die Entwicklung der deutschen Sozialversicherung, bearbeitet für die Gesolei 1926, insbesondere hinsichtlich der frühen Selbsthilfe bei den Knappschaften.

Aufgabe des Staates bezeichnet, und das hängt damit zusammen, daß die Ansichten im Laufe der Zeit sich wandelten dahin, daß das Arbeitsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht mit der Lohnzahlung allein abgetan sei, sondern daß die Abnutzung der Arbeitskraft im wirtschaftlichen Interesse der Arbeitgeber auch dem Arbeitnehmer ein Anrecht auf Versorgung gebe. Und nicht nur das wirtschaftliche Interesse der Arbeitgeber war das Ausschlaggebende, sondern der höhere Gesichtspunkt war der, daß die wirtschaftlichen Leistungen der Arbeiter auch dem Staat, der Gesamtheit des Volkes zugute kamen, und daß daher die Gesamtheit auch die Pflicht habe, für diejenigen, welche infolge ihrer Arbeit krank und arbeitsunfähig, oder durch Unfall erwerbsunfähig, oder invalide oder berufsunfähig geworden waren, zu sorgen, oder wenn sie gestorben, ihren Hinterbliebenen Anspruch auf Versorgung zu geben. Das ist das, was Bismarck mit den Worten aussprach: „Wozu soll nur der, welcher im Kriege erwerbsunfähig geworden ist oder als Beamter durch Alter Pension haben und nicht auch der Soldat der Arbeit."

Die Gesamtheit, der das Arbeitsergebnis zugute kommt, hat auch besonderes Interesse daran, daß diese Arbeitskraft möglichst lange erhalten wird[1]), und daraus entwickelte sich aus dem ursprünglichen Prinzip des *Schadenersatzes* das Prinzip der *Schadenverhütung*, der *vorbeugenden* Fürsorge und des Arbeiterschutzes. Es beruht auf dem Gedanken, daß vorbeugen besser ist als entschädigen. Der für die Sozialversicherung vom Arbeitgeber aufgewendete Beitragsanteil ist aufzufassen als Lohnergänzung und stellt sich dar als ein gut angelegtes Sparkapital[2]), nicht bloß für den Fall der Versorgung bei Eintritt des *Versicherungsfalles*, d. h. der *Arbeitsunfähigkeit*, der *Erwerbsunfähigkeit*, der *Invalidität* und der *Berufsunfähigkeit* — wie er den 4 großen Versicherungsarten, der Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung eigen ist —, sondern auch für *vorbeugende* Maßnahmen, um den Eintritt des Versicherungsfalles möglichst weit hinauszuschieben und die Folgen des eingetretenen wieder zu beseitigen.

Von den Zuständen, die auf sozialhygienischem Gebiete heute ohne Sozialversicherung herrschen würden, können wir uns kaum einen Begriff machen. Selbst die Darstellung der Verhältnisse vor Einführung der Sozialversicherung können u. a. deshalb kaum zum Vergleich herangezogen werden, weil damals die Industrie Deutschlands, gemessen an den heutigen Verhältnissen, in den Kinderschuhen steckte. Ernste Wissenschaftler, wie Ewald (19), Bosse und v. Woedtke (10), H. Müller (36) u. a. m., haben zwingend nachgewiesen, daß mit Schwinden der patriarchalischen Verhältnisse für die arbeitenden Klassen ohne Schaffung der Sozialversicherung Not und Elend das sichere Schicksal gewesen wäre.

[1]) Auch die heutige Reichsverfassung stellt in Art. 157 die Arbeitskraft unter den besonderen Schutz des Reiches und betont in Art. 163, daß jeder Deutsche die sittliche Pflicht habe, seine geistigen und körperlichen Kräfte so zu betätigen, wie es das Wohl der Gesamtheit erfordert; das Reich schafft dafür nach Art. 161 zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens ein umfassendes Versicherungsrecht und will nach Art. 162 sogar für eine zwischenstaatliche Regelung der Rechtsverhältnisse der Arbeiter eintreten, die für die gesamte arbeitende Klasse der Menschheit ein allgemeines Mindestmaß der sozialen Rechte erstrebt.

[2]) Ganz ähnlich äußert sich auch Hitze (zitiert nach Düttmann u. Bülow [15]): „Der ‚Preis' der Arbeit soll wenigstens die ‚Produktionskosten' decken, d. h. der gesamte Arbeitslohn, den ein Durchschnittsarbeiter während seiner Arbeitsjahre erzielt, muß nicht bloß für den Lebensunterhalt der Arbeitsjahre ausreichen, sondern es müssen auch das ‚Anlagekapital' der Jugendzeit, die Auslagen für die unproduktive Zeit der Krankheit, des Alters, der unverschuldeten Arbeitslosigkeit gedeckt werden. Die Versicherung ist nun der Weg und das Mittel, dieses Mindestmaß gesetzlich zu sichern. Die Versicherungsbeiträge bilden den Teil des Lohnes, der die Lebenskosten der inaktiven Tage und Jahre decken soll, wobei die Witwen- und Waisenversicherungsbeiträge als Vergütung des Jugendkapitals gelten können."

Vielleicht bieten auch folgende Beobachtungen bzw. Zahlenangaben einen Anhaltspunkt über die negative Bilanz auf gesundheitlichem wie auf wirtschaftlichem Gebiete, die ohne Sozialversicherung, wenn die Arbeiter nur auf eigene Hilfe angewiesen wären, bestehen würde: Bei der Besprechung eines Gesetzentwurfes zur Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes führte der sozialdemokratische Abgeordnete Janscheck (26) zur Begründung der Forderung, die Familienhilfe — die die meisten Knappschaften früher gewährt, nach Einführung des Reichskanppschaftsgesetzes vom 1. I. 1924 fast durchweg beseitigt hatten — als Regelleistung einzuführen[1]), folgendes aus, indem er sich dabei auf einen von 10 Ärzten aus Gladbeck unterzeichneten Bericht stützte: „Selbst in schweren Krankheitsfällen suchten Familien sich selbst zu helfen, teils mit, teils ohne Rat der Nachbarschaft. Bahn wurde frei, für schnellere und ausgedehntere Verbreitung von ansteckenden Krankheiten, insbesondere von Tuberkulose. Erst im letzten Augenblick wurde der Arzt geholt, der häufig genug, besonders bei Säuglingen und Kleinkindern, bei seinem Erscheinen nur noch den Totenschein ausstellen konnte."

Dies bestätigt eine andere Beobachtung bei einer Ortskrankenkasse: solange diese als Familienhilfe zwar ärztliche Behandlung, aber nicht etwa notwendig werdende Eingriffe (Operationen) bezahlte, war es in den meisten Fällen nicht möglich, die Eltern zu veranlassen, zur Ausführung einer dringend notwendigen Adenotomie oder Tonsillotomie zum Arzt zu gehen, weil ihnen tatsächlich meist die Zahlung der Operationskosten unmöglich war. Seitdem jene Ortskrankenkasse dazu übergegangen war, auch die Kosten solcher Operationen bei Familienangehörigen zu übernehmen, hat sich dies Bild zum unzweifelhaften Nutzen der Kinder mit einem Schlage geändert.

Jede Einschränkung der Krankenversicherung würde also, wie dieser Fall zeigt, *zwangsweise* zu einer *Verschlechterung* des Gesundheitszustandes führen.

Zahlenmäßig lassen Untersuchungen, die sich mit Arbeiterversicherung und Armenwesen beschäftigen [Zahn (53)], uns ahnen, wie es ohne Sozialversicherung in Deutschland aussehen würde. Ein großer Teil der Bevölkerung, die heute die Vorteile der Sozialversicherung genießt, wäre früher der Armenpflege, die heute gemäß der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 durch die Fürsorge abgelöst ist, zur Last gefallen. Wenn auch durch die Fürsorgepflichtverordnung viele Härten des alten Armenrechts gefallen sind, so haften doch auch ihr alle die Nachteile an, die eine ohne Gegenleistung gewährte Unterstützung mit sich bringt. Armenpflege wie Fürsorgepflicht gewähren auch nur das dringend Notwendige (und auch das bei Notlage der gewährenden Gemeinde nicht immer) nach eingehender Prüfung des Einzelfalles (Individualverfahren). Die Versicherung dagegen gibt einen durch eigene Leistung (Geldleistung und Arbeit) erworbenen *Anspruch* auf Rechte, die gesetzlich jedem Versicherten zustehen. Durch die Selbstverwaltung ist der Arbeiter selbst an den Leistungen beteiligt und ist nicht nur der Empfangende, auch besteht für den Versicherten die Möglichkeit, gegen die Entscheidung der Versicherungsträger Rechtsmittel einzulegen.

Welche Bedeutung die Versicherung gerade durch die Ablösung der Armenpflege hatte, mögen folgende Tabellen zeigen: Auf Grund der Reichsstatistik aus dem Jahre 1885 (also vor der Durchführung der gesamten Versicherung) wurden als *Ursachen* für Armenunterstützung im Gebiet des Unterstützungswohnsitzgesetzes (also ohne Bayern und Elsaß-Lothringen) folgende Erhebungen gemacht. Es erhielten Armenunterstützung 1885:

---

[1]) Die Familienhilfe ist durch das Gesetz über Abänderung des Reichsknappschaftsgesetzes vom 25. VI. 1926 Regelleistung geworden (s. unten).

Wegen		Absolut	Proz.	Auf 1000 Einwohner
eigener Verletzung		29330	2,1	0,73
Verletzung des Ernährers	durch Unfall	2623	0,2	0,06
Tod des Ernährers	durch Unfall	11801	0,9	0,30
desgleichen	nicht durch Unfall	239644	17,5	6,01
Krankheit des Unterstützten	nicht durch Unfall	388363	28,4	9,74
körperlicher oder geistiger Gebrechen	nicht durch Unfall	167947	12,3	4,21
Altersschwäche		204078	14,9	5,12
großer Kinderzahl		96832	7,1	2,43
Arbeitslosigkeit		74077	5,4	1,86
Trunksucht		28638	2,1	0,72
Arbeitsscheu		16336	1,2	0,41
anderer bestimmt angegebener Ursachen		106309	7,8	2,67
anderer nicht angegebener Ursachen		1369	0,1	0,03

Damals fielen also der Armenpflege die Menschen vor allem wegen Krankheit (fast $^1/_3$ der sämtlichen Unterstützten), dann wegen Tod des Ernährers, Altersschwäche, körperlicher und geistiger Gebrechen anheim, alles Gebiete, die heute zum Aufgabenkreis der Sozialversicherung gehören.

Wie die Dinge heute liegen würden, dafür gibt die weiter unten angeführte Tabelle einigen Anhalt, die über die Erstattungssummen Auskunft gibt, die die Armenverwaltungen von den Organen der Arbeiterversicherung erhielten, wenn sie, was nicht selten der Fall ist, an Hilfsbedürftige, die Anspruch auf Versicherungs-

Tabelle 1 (53). *Ersatzleistungen an die Armenpflege*

Jahr	von Krankenkassen (§ 57 Abs. 2 K.-V.-Ges.)		von Berufsgenossenschaften	von Versicherungsanstalten	Eingezogene Renten der in Anstalten dauernd untergebrachten Personen	
	insgesamt	davon von auswärtigen Krankenkassen			Zahl	Gesamthöhe
	Mk.	Mk.	Mk.	Mk.	Mk.	Mk.
Nürnberg						
1895	—	—	—	—	3	264
1900	92	—	—	47	19	2734
1905	260	—	875	126	51	7130
1906	100	—	1065	209	71	8596
1907	205	54	1483	701	64	10997
1908	520	47	1015	1152	94	11918
1909	424	58	896	1214	100	13229
Düsseldorf						
1895			11060			4166
1900			28192			17898
1905			55661			30410
1906			62347			32735
1907			62765			38312
1908			54968			36742
1909			64601			42456
Hamburg						
1895			32616		—	—
1900			87932		196	26409
1905			163281		659	79737
1906			187936		727	89274
1907			184371		778	99549
1908			205255		859	111492
1909			222546		897	118772

leistung haben, vorerst Unterstützung gewährten [vgl. Zahn (53), S. 448[1])]. Die Zahlen beweisen gleichzeitig wirtschaftlich, welche große Entlastung das Budget der Städte auch heute noch hinsichtlich der der Versicherung unterstehenden Kreise durch die Versicherung erfährt, da diese Zahlungen sonst den *Gemeinden bzw. Fürsorgeverbänden* zur Last gefallen wären. Diese Tatsachen sollten gerade heute in den Zeiten schwerster wirtschaftlicher Not besondere Beachtung fordern.

Die vorstehenden Zahlen (s. Tabelle 1 S. 363) beschränken sich allerdings auf eine Statistik bis 1909, heute würden dementsprechend noch bedeutendere Summen einzusetzen sein.

Besonders stark schützt die Invalidenversicherung vor Almosen. So erstattete die Landesversicherungsanstalt Berlin von 1895—1910 an die Berliner Armendirektion die in Tabelle 2 angegebenen Summen zurück.

Tabelle 2 (53). *Erstattungssummen.*

Jahr	Erstattungssumme überhaupt Mk.	Davon an die Armendirektion Berlin Mk.
1895	13868	13577
1900	47774	45790
1905	123159	116229
1906	148910	141099
1907	173512	163895
1908	212729	201129
1909	244658	231897
1910	253114	239328
1895—1910	1692220	1608605

Zeigen diese Zahlen, die beliebig ergänzt werden können, mit größter Deutlichkeit, zu welchen unhaltbaren gesundheitlichen und wirtschaftlichen Zuständen das Fehlen der Sozialversicherung in den Industriezentren führen würde, so sei zum Schluß dieses Abschnittes noch darauf hingewiesen, daß besonders in armen Landgemeinden ohne Sozialversicherung die Lage der Kranken und Siechen eine trostlose sein müßte, da naturgemäß von solchen selbst notleidenden Gemeinden nur das Allernotwendigste gewährt werden würde. Der Einwand, daß dann der leistungsfähigere Landarmenverband bzw. heute Bezirksfürsorgeverband oder ähnliche Institutionen eingreifen würde, besteht für den Kundigen nicht zu Recht, da an ein wirksames Arbeiten all dieser Einrichtungen *ohne* den sozialen Geist der Sozialversicherung nicht zu denken ist.

Für die Verhältnisse in den Landgemeinden erscheinen uns einige Äußerungen von Bürgermeistern und Armenpflegschaftsräten charakteristisch, die Zahn (53) anführt: „Dabei kamen — unaufgefordert — die Berichterstatter von 61 dürftigen Gemeinden von Niederbayern, Oberpfalz, Ober- und Unterfranken darauf zu sprechen, wie sehr das Bestehen der Kranken-, sowie der Invaliden- und Altersversicherung die Sorge für vorübergehend Erkrankte, gebrechliche und altersschwache Personen der Armenpflege abnimmt, wie ihre Armenlasten sich noch wesentlich verringern würden, wenn der und jener Armenpflegling seinerzeit in einem versicherungspflichtigen Verhältnis gestanden hätte.“ Weiter berichtet die Behörde einer kaum 200 Einwohner zählenden, früher durch Armenlasten hart bedrängten Gemeinde: „Zur Zeit und seit 2 Jahren hat die Gemeinde fast keine Armenlasten. Es macht sich gegen früher die wohltätige Wirkung des Kranken- und Invalidenversicherungsgesetzes bemerkbar.“ Daß diese Einrichtungen sich aber nicht nur für die Kassen, sondern vor allem für die Unterstützten selbst gesundheitlich „wohltätig“ bemerkbar machen, ist zwar von den Bürgermeistern nicht gesagt, ist aber für jeden Einsichtigen klar.

Besteht so gar kein Zweifel darüber, daß die Sozialversicherung hinsichtlich der ihr unterstellten Kreise mittelbar eine große Entlastung für die früheren

[1]) Es werden nur *einige* der bei Zahn (Arbeiterversicherung und Armenpflege, Arch. f. Sozialwiss. u. Sozialpolitik Bd. 35, S. 448f.) veröffentlichten Tabellen angeführt.

Armenverwaltungen (und ebenso für die heute gemäß der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 an ihre Stelle getretenen Fürsorgeverbände) und damit eine Loslösung der Versicherten aus dieser Fürsorge gebracht hat, so daß die Armenverwaltungen ihre Mittel für andere, früher nicht gepflegte Zwecke verwenden konnten, so hat die Sozialversicherung ferner unmittelbar vermöge der ihr vor dem Kriege zugeflossenen erheblichen Kapitalien zur Hebung der arbeitenden Klassen auf wirtschaftlichem, kulturellem und hygienischem Gebiete ungemein große Erfolge erzielt. Im folgenden sollen uns diese positiven Leistungen der Sozialversicherung beschäftigen.

Mit vollem Bewußtsein vermeiden wir das starke Herabgehen der Gesamtsterblichkeit in Deutschland allein als eine Leistung der Sozialversicherung zu buchen; wir sind uns bewußt, daß hieran so komplexe Einflüsse beteiligt sind, daß es uns niemals gelingen kann, aus diesem Komplex die einzelnen Faktoren nach ihrer Wertigkeit herauszuheben. Unzweifelhaft ist allerdings für uns, daß die Sozialversicherung, wie auch die gesamte von ihr befruchtete soziale Hygiene hierbei ein gewaltiger Faktor gewesen ist. Dafür spricht schon der immerhin recht bemerkenswerte Umstand, daß ein deutliches Sinken der Sterblichkeit erstmalig in dem Quinquennium 1886—1890 festzustellen ist. Während die Sterblichkeit auf 1000 der Bevölkerung von 1841—1885 stets zwischen 29,8 und 27,1 geschwankt hatte, sank sie damals zuerst auf 25,8, um dann nur unterbrochen durch den Krieg und seine Folgen (1918 = 25,2) auf 15,4 in den Jahren 1919—1922 zu sinken (vgl. F. Prinzing, dieses Handbuch I, S. 162). Das gleiche gilt auch für die Bekämpfung und den Rückgang einzelner Krankheiten, z. B. der Tuberkulose; auch hier liegt ein Komplex von Faktoren vor, der die Wirkungen der einzelnen nur schwer erkennen läßt (vgl. auch Teleky, dieses Handbuch, Bd. III). Eindeutig wird uns dagegen die sozialhygienische Bedeutung der deutschen Sozialversicherung klar, wenn wir deren zahlenmäßige Leistung betrachten.

Die deutsche Sozialversicherung läßt bekanntlich eine Gliederung nach Stoffen und nach der sozialen Schichtung der Versicherten erkennen. Sie gewährt Schutz gegen Krankheit (Krankenversicherung), gegen Unfall (Unfallversicherung), gegen Invalidität (Invalidenversicherung) und Berufsunfähigkeit (Angestelltenversicherung). Alle Arbeitenden — zum Teil bis zu einer gewissen Einkommensgrenze — haben hierauf Anspruch; dabei ist die Versicherung für Angestellte besonders geordnet, desgleichen sind auf Grund historischer Entwicklung die im Bergbau Beschäftigten in der Knappschaftsversicherung gesondert zusammengefaßt.

Bei jeder Versicherungsart können wir zwischen *Regelleistungen* und *freiwilligen Leistungen* unterscheiden, wobei letztere auf gesundheitlichem Gebiet von besonderer Bedeutung sind. Im folgenden werden beide Seiten der Sozialversicherung, soweit sie sozialhygienische Bedeutung haben, besprochen werden, wobei die Kenntnis der gesetzlichen Vorschriften vorausgesetzt wird; sie haben auch an anderer Stelle dieses Handbuches entsprechende Darstellungen gefunden.

Allgemeines.

Einen allgemeinen Überblick über die Bedeutung der gesamten Sozialversicherung für das Gesundheitswesen des deutschen Volkes gewinnt man, wenn man die Höhe der geldlichen Aufwendungen und die Zahl der Versicherten betrachtet.

Von 1885 bis Ende 1914 betrugen die Leistungen der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung die stattliche Summe von 11,7 Milliarden Mark, die 127 Millionen Versicherten zugute kamen. 1913 betrugen die Leistungen über 1 Milliarde Mark, das ist täglich 3 Millionen Mark im Durchschnitt. Im Jahre 1924 betrug der Aufwand in der Sozialversicherung etwa 2 Milliarden Reichsmark und

$2^1/_2$ im Jahre 1925, wovon rund 1,2 Milliarden von den Versicherten, 1 Milliarde von den Arbeitgebern und rund 200 Millionen Reichsmark vom Reiche aufgebracht wurden[1]). An reichsgesetzlichen Leistungen haben z. B. die Träger der Invalidenversicherung 1925 ausgegeben 548,1 Millionen Reichsmark, d. h. 1,5 Millionen Reichsmark im Durchschnitt täglich.

Über Einzelheiten unterrichten nachfolgende Tabellen:

Tabelle 3 (31).

Einnahmen und Ausgaben in der deutschen Sozialversicherung (Mill. R.M.) in den Jahren 1913 (1914 für Krankenvers.)[2]) und 1924.

Sozialversicherungszweige	Einnahmen			Ausgaben		
	1913 bzw. 1914	1924	1913 bzw. 1914 = 100	1913 bzw. 1914	1924	1913 bzw. 1914 = 100
Krankenversicherung[3]) . .	670	1130	169	569	1006	177
Unfallversicherung	244	228	93	228	147	64
Invalidenversicherung[3]) .	419	472	113	243	396	163
Angestelltenversicherung .	142	142	100	15	29	193
Knappschaftl. Pensionsversicherung[4])	92	151	164	47	95	202
Zusammen	1567	2123	135	1102	1673	151

(Tabelle aus Statistik des Deutschen Reiches Bd. 331, S. 3.)

Tabelle 4. *Übersichtszahlen der Versicherten.*

Es waren versichert	1912	1924
gegen Krankheit	15110848 (46)	19066000 (23)
„ Unfall	24990000 (46)	25060000 (23)
„ Invalidität (u. Alter)	16099400	19525000[5]) (23)(2)

II. Sozialhygienische Bedeutung der einzelnen Zweige der Sozialversicherung[6]).

1. Krankenversicherung.

Wenn man die Bedeutung der *Krankenversicherung* für die Wiederherstellung des kranken Menschen einigermaßen verstehen will, so kann dies nichts deutlicher machen als der Nachweis, wie groß die Zahl der Bevölkerung ist, die heute *Anspruch* auf ärztliche Versorgung hat. Hierbei ist von der — auch von ruhigen Kritikern — der Sozialversicherung nichtbestrittenen Tatsache auszugehen, daß für eine große Zahl von Menschen ohne diese nicht oder nur unzureichend im Krankheitsfall gesorgt wäre. Wie sehr sich die Verhältnisse durch die Entwicklung der Krankenversicherung gebessert haben, zeigt eine Übersicht über die Zunahme der gegen Krankheit Versicherten seit dem Jahre 1885.

[1]) Die Deutsche Sozialversicherung. Merkblatt des RVAmts zur Gesolei 1926, S. 2.

[2]) Für die Krankenversicherung sind die Einnahmen des Jahres 1914 eingesetzt, da 1913 noch das alte KVG. in Kraft war.

[3]) Einschl. Reichszuschuß.

[4]) Einschl. der Beträge aus der Versicherung gemäß dem Angestelltenversicherungsgesetz bei den knappschaftlichen Ersatzkassen bzw. dem Reichsknappschaftsverein.

[5]) Von den 19525000 Versicherten gehörten 2250000 der Angestelltenversicherung an.

[6]) Vgl. auch Hanauer, Frankfurt a. M.: Die sozialhygienischen Leistungen der deutschen Arbeiter- und Angestelltenversicherung im Kriege und ihre Zukunftsaufgaben, in den Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt. Bd. 10, H. 7 (Berlin: R. Schötz).

Tabelle 5 (31). *Durchschnittlicher Mitgliederstand in der Krankenversicherung.*

Jahr	Reichsgesetzliche Krankenkassen	Knappschafts-kasssen	Ersatzkranken-kassen	Zusammen	
1885	—	—	—	4200000	(1)
1888	—	—	—	4900000	
1893	—	—	—	8000000	
1904	—	—	—	11000000	(2)
1908	—	—	—	12000000	
1912	—	—	—	15110848	
1914	15609586	916081	—	16525667	
1920[1])	17088636	1277891	413083	18779610	
1921[2])	17442378	1120853	465505	19028735	(23)
1923	18112022	1071772	815610	19999404	
1924	17287841	876510	957444	19121795	
1925	18261000	?	1000000 (27)		(33)

Für 1925 liegen die Zahlen für die Knappschaftskrankenkassen noch nicht vor; man kann aber wohl annehmen, daß 1925 20 Millionen aller Deutschen dem gesetzlichen Versicherungszwange unterliegen, während ein weiterer unbekannter Teil durch Selbstversicherung (Mittelstands-, Beamten-, Ersatzkrankenkassen) für die Zeiten der Not vorgesorgt hat. Die obengenannte Zahl von ca. 20 Millionen Versicherten erfährt noch einen bedeutenden Zuwachs durch die Familienangehörigen, die heute größtenteils — als freiwillige Leistung der Krankenkassen — Anspruch auf Krankenhilfe in irgendeiner Form haben. Deren Zahl wurde vom statistischen Reichsamt für 1924 auf 14,3 Millionen gegenüber 4,7 Millionen im Jahre 1914 geschätzt.

Über die Entwicklung der Familienhilfe und die sehr unterschiedliche Beteiligung der verschiedenen Kassenarten gibt nachstehende Tabelle des statistischen Reichsamtes Auskunft.

Tabelle 6 (31). *Familienhilfe im ganzen.*

Jahr	Krankenpflege an Familienangehörigen hatten in ihren Satzungen vorgesehen				
	v. H. der				v. H. sämtlicher Krankenkassen
	Ortskranken-kassen	Landkranken-kassen	Betriebskranken-kassen	Innungskranken-kassen	
1924	83,8	60,1	84,4	70,9	81,5
1921	56,2	43,3	68,8	61,0	62,7
1914	27,0	12,6	43,2	46,1	37,1

Im Jahre 1925 hat die Entwicklung der Familienhilfe noch weiter bedeutende Fortschritte gemacht. Die Krankenversicherung führen durch: 7882 reichsgesetzliche Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen und 17 den Bezirksknappschaftsvereinen des Reichsknappschaftsvereins angegliederte Krankenkassen. Die Bedeutung dieser Zahlen gewinnt an Gewicht, wenn man sich die Zahl der Kranken vor Augen führt, die jährlich durch die Kassen betreut werden. Bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen betrug die Zahl der Krankheitsfälle im Jahre 1925: 9 398 000; bei den Ortskrankenkassen kam ein Erkrankungsfall auf 1,9 Mitglieder, bei den Landkrankenkassen auf 3,2 Mitglieder, bei den Betriebskrankenkassen auf 1,6 Mitglieder und bei den Innungskrankenkassen auf 1,9 Mit-

[1]) Neuer Gebietsstand ohne Saargebiet.
[2]) Ab 1921 neuer Gebietsstand ohne Saargebiet und den abgetretenen Teil Oberschlesiens.

glieder. Die Krankheitsdauer betrug dabei durchschnittlich bei allen reichsgesetzlichen Krankenkassen:

1924	25,1 Tage
1925	24,3 Tage.

Für die beiden Geschlechter getrennt ergibt sich folgendes:

	männlich	weiblich
1924	23,5	28,2 Krankheitstage
1925	22,5	28,0 „

Bei den knappschaftlichen Krankenkassen betrug die Krankheitsdauer bei männlichen Versicherten 28 Tage, bei weiblichen 25 Tage. Es kamen bei diesen 1924 auf 1,5 männliche und auf 1,4 weibliche Mitglieder ein Erkrankungsfall.

a) Die Leistungen der Krankenversicherung.

Haben die bisher angeführten Zahlen schon einen groben Überblick über die sozialhygienische Bedeutung der Krankenversicherung gegeben, so wird erst durch eine eingehende Beschäftigung mit den einzelnen Leistungen der Krankenversicherung dies Bild abgerundet. Wir folgen hierbei vorwiegend und zum Teil wörtlich der ausführlichen Darstellung des statistischen Reichsamtes über die Krankenversicherung im Jahre 1924, der auch die nachfolgenden Tabellen und Zahlenangaben entnommen sind (31). Bekanntlich zerfallen die Leistungen der Krankenkassen in Regel- und Mehrleistungen.

Es sind zu gewähren:

a) Krankenhilfe.

I. Regelleistungen.

1. Krankenpflege von Beginn der Krankheit an; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arzneien und kleinen Heilmitteln und

2. Krankengeld in der Höhe des halben Grundlohnes für jeden Kalendertag, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht; es wird vom 4. Krankheitstage an, wenn aber die Arbeitsunfähigkeit erst später eintritt, vom Tage ihres Eintritts an gewährt.

An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes *kann* die Kasse Krankenhauspflege gewähren. Wenn der Versicherte bis zu seiner Erkrankung von seinem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend erhalten hat, so steht letzteren bei Krankenhausbehandlung ein Hausgeld in Höhe des halben Krankengeldes zu. Ist die Überführung in ein Krankenhaus bei einem Falle, wo dies geboten erscheint, aus irgendeinem Grunde nicht durchführbar, so *kann* die Kasse Hauspflege (Hilfe und Wartung durch Krankenpflege, Krankenschwester usw.) gewähren. Die gesetzliche Krankenhilfe (Regelleistung) endet mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit.

II. Mehrleistungen.

Die Kasse kann gewähren:

1. Kürzung oder Streichung der dreitägigen Wartezeit.
2. Erhöhung des Krankengeldes bis zu drei Viertel des Grundlohnes.
3. Erweiterung der Dauer der Krankenhilfe bis zu einem Jahre.
4. Erhöhung des Hausgeldes bis zum vollen Betrage des gesetzlichen Krankengeldes oder, falls kein Hausgeld zu zahlen ist, Gewährung eines Taschengeldes bis zur Hälfte des gesetzlichen Krankengeldes.
5. Zubilligung von Hilfsmitteln gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, die nach beendetem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten.
6. Gewährung von Fürsorge an Genesende, namentlich Unterbringung in einem Genesungsheim bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe (also gegebenenfalls Krankenhilfe insgesamt auf die Dauer von 2 Jahren).
7. Gewährung von Krankenpflege an versicherungsfreie Angehörige des Versicherten (Familienhilfe).

Es ist klar, daß, so wertvoll an sich schon die Regelleistungen sind, eine ordnungsgemäße *gesundheitliche* Versorgung der Bevölkerung nur dann möglich

ist, wenn von dem Rechte der Mehrleistungen von der Kasse ausgiebig Gebrauch gemacht wird; *dies gilt insbesondere von der Familienhilfe, ohne die die ganze Krankenversicherung ein Stückwerk bleibt.* Es zeugt daher von dem sozialhygienischen Verständnis der Leitung der reichsgesetzlichen Krankenkassen, daß, wie oben schon erwähnt, 1924 81,5% Familienhilfe durchgeführt hatten, eine Zahl, die heute mit 90% sicher nicht zu niedrig gegriffen ist. Die Leistungen der Familienhilfe sind allerdings verschieden und nicht immer als ausreichend zu bezeichnen. Am besten ist durchschnittlich von den Orts- und Betriebskrankenkassen für die Angehörigen der Versicherten gesorgt; dies ist eine natürliche Folge davon, daß die Ortskrankenkassen meist die leistungsstärksten sind.

An den einzelnen Leistungen der Familienhilfe waren die reichsgesetzlichen Krankenkassen 1924 prozentual wie folgt beteiligt:

Ärztliche Behandlung	
auf die Dauer von höchstens 26 Wochen	78,9%
über 26—39 Wochen	0,9%
über 39—52 „	1,4%
	81,2%
nur bis zu einem Höchstsatz	0,6%
Arznei auf die Dauer von höchstens 26 Wochen	63,8%
über 26—39 Wochen	0,8%
über 39—52 „	1,2%
	65,8%
nur bis zu einem Höchstsatz	0,8%
Heilmittel	47,0%
Krankenhausbehandlung	
auf die Dauer von höchstens 26 Wochen	58,6%
über 26—39 Wochen	0,5%
über 39—52 „	0,8%
	59,9%
nur bis zu einem Höchstsatz	2,2%

Aber auch sonst haben die reichsgesetzlichen Krankenkassen von ihrem Rechte, Mehrleistungen zu gewähren, mehr oder minder reichlich Gebrauch gemacht; so hatten 1924 $^4/_5$ aller Kassen die Wartezeit für den Bezug des Krankengeldes abgekürzt oder aufgehoben, ein größerer Prozentsatz hatte diese Mehrleistungen allerdings an besondere Bedingungen geknüpft, wie z. B. Unfall oder lange Krankheitsdauer. Auch das Krankengeld war 1924 von 45% der Kassen mehr oder minder über die gesetzliche Norm erhöht worden (1914 nur 20%), und zwar gewährten

über 50—$66^2/_3$ v. H. des Grundlohnes	36,2%
über $66^2/_3$—75 v. H. des Grundlohnes	9,1%

aller reichsgesetzlichen Krankenkassen. Von der Berechtigung, die Krankenhilfe über die gesetzlichen 26 Wochen auszudehnen, hatten 1924, 11,0% aller Krankenkassen gegenüber 5,7% 1914 Gebrauch gemacht. Eine Abstufung des Krankengeldes nach dem Familienstande fand bei 17% der Kassen statt (§ 191 RVO.).

Vom gesundheitlichen Standpunkte ist es äußerst erwünscht, wenn der Kranke nach der Genesung von einer schweren Erkrankung Gelegenheit hat, sich noch zu erholen. Von diesem Rechte, diese Vergünstigung zu gewähren, machten 1924 28,8% sämtlicher reichsgesetzlichen Krankenkassen Gebrauch. Diese Zahl ist im Steigen begriffen, da auf Grund der Angaben über die Leistungen der Ortskrankenkassen (25, 26) ab 1. Januar 1926 335 von 986 berichtenden Kassen

Fürsorge für Genesende gewährten, d. h. 33,9% gegenüber 29,2% im Jahre 1924, und zwar gewährten Fürsorge für Genesende

bis 6 Wochen	221	Kassen
7—13 „	77	„
14—26 „	20	„
27—52 „	7	„
ohne nähere Angaben der Wochenzahl	10	„

Zum Teil erfolgte diese Fürsorge wohl in Genesungsheimen, die zum Teil im Eigenbesitz der Krankenkassen sind. So geht aus dem Berichte über die Tätigkeit der Ortskrankenkassen im Jahre 1925 hervor, daß 79 Ortskrankenkassen mit 3 373 000 Mitgliedern eigene Genesungsheime mit 5 291 Betten besaßen. Im Jahre 1925 wurden in diesen 14 493 Männer und 23 836 Frauen verpflegt; auf den Patienten kamen durchschnittlich 23 Verpflegungstage (26).

Um den Kranken mit Angehörigen die notwendige psychische Ruhe, die eine wichtige Voraussetzung einer erfolgreichen Krankenhaus- und Heilstättenbehandlung ist, zu verschaffen, ist die Gewißheit einer auskömmlichen Versorgung der Angehörigen von größter Wichtigkeit. 1924 haben 46,4% der reichsgesetzlichen Kassen von dem Rechte einer Erhöhung des Hausgeldes Gebrauch gemacht gegenüber 11% 1914; ein Taschengeld wurde von 41,3% der genannten Kassen bezahlt, was unter Umständen die Durchführung von Heilstättenkuren erleichtern kann.

Von der Größe und der Bedeutung der Leistungen der Krankenversicherung kann man sich eine Vorstellung machen, wenn man sich einige Zahlen über die Kosten der Krankenhilfe vor Augen hält. Von den 4 reichsgesetzlichen Krankenkassenarten wurden im Jahre 1924 739 Millionen Reichsmark nur für Krankenhilfe ausgegeben, hiervon kamen 60% auf Sachleistungen, 40% auf Barleistungen. Für das Mitglied berechnet, betragen die Gesamtausgaben 42,8 Reichsmark im Jahre 1924 gegen 27 Mark 1914.

b) Wochenhilfe und Familienwochenhilfe.

(Mutterschaftsschutz und -Hilfe).

Die Wochenhilfe steht allen weiblichen Mitgliedern der Krankenkasse, die Familienwochenhilfe den Ehefrauen der Versicherten, sowie Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern, wenn sie mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, unter bestimmten Voraussetzungen (Dauer der Kassenangehörigkeit) zu.

Die wichtigsten Regelleistungen sind:

1. bei Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden Hebammenhilfe, Arznei und kleinere Heilmittel, sowie, falls es erforderlich wird, ärztliche Behandlung;

2. ein einmaliger Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von 10 RM. Findet eine Entbindung nicht statt, so sind als Beitrag zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden 6 RM. zu zahlen;

3. ein Wochengeld in der Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens 50 RPf. (bei Familienwochenhilfe 50 RPf.) täglich für 4 Wochen vor und 6 zusammenhängende Wochen unmittelbar nach der Niederkunft. Die Dauer des Wochengeldbezuges *vor* der Entbindung wird auf 2 weitere Wochen — also 6 Wochen — erhöht, wenn die Schwangere während dieser Zeit keine Beschäftigung gegen Entgelt ausübt und vom Arzt festgestellt wird, daß die Entbindung voraussichtlich innerhalb 6 Wochen stattfinden wird. Das Wochengeld für die Zeit vor der Entbindung wird jeweils *sofort*, nicht erst mit dem Tage der Entbindung fällig;

4. solange die Mutter ihr Kind stillt, ein Stillgeld in der Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens 25 RPf. täglich (für Familienwochenhilfe 25 RPf.) bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft. Der Vorstand kann einen Höchstbetrag für das tägliche Stillgeld festsetzen. Die Satzung oder die oberste Landesbehörde kann bestimmen, daß die Kassen bei Zahlung des Stillgeldes auf den Wert der regelmäßigen Inanspruchnahme von Mütterberatungsstellen, Säuglingsfürsorgestellen oder gleichartigen Einrichtungen hinweisen.

Als Mehrleistung können die Kassen sowohl bei weiblichen Mitgliedern, wie Familienangehörigen die Dauer des Wochengeldbezuges bis auf 13 Wochen, und des Stillgeldbezuges auf 26 Wochen erweitern. Ferner kann die Satzung Schwangeren, die der Kasse mindestens 6 Monate angehören, wenn sie infolge der Schwangerschaft arbeitsunfähig werden, ein Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen zubilligen. Der einmalige Entbindungskostenbeitrag kann bei Selbstversicherten bis auf 25 Reichsmark erhöht werden. Das Wochengeld der weiblichen Mitglieder kann bis auf drei Viertel des Grundlohnes, das der Familienangehörigen bis auf die Hälfte des Krankengeldes der Versicherten erhöht werden. Mit Zustimmung der Wöchnerin kann die Kasse bei weiblichen Selbstversicherten und Familienangehörigen an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim (oder ähnlichen Anstalten) oder Hauspflege gewähren. Von dem Rechte der Mehrleistung haben die Kassen allerdings im ganzen wenig Gebrauch gemacht (s. Statistik des deutschen Reiches Bd. 331, S. 13).

Dieser Ausbau der Wochenhilfe, der letzten Endes auf die Reichswochenhilfe im Kriege zurückzuführen ist, ist als ein *sehr wichtiger* sozialhygienischer Fortschritt anzusehen, vielleicht als der wichtigste, der auf dem Gebiete der Sozialversicherung seit Schaffung der RVO. gemacht worden ist. Hierdurch ist endlich der Grundstein zu einer Mutterschutzgesetzgebung gelegt, die angesichts der Kriegsverluste und der dauernd sinkenden Geburtenzahl von außerordentlicher Bedeutung ist.

In diesen Bestimmungen wirken sich allgemeine bevölkerungspolitische Gedanken aus, die die Wochenhilfe nicht nur als eine Maßnahme zum Wohle des einzelnen, sondern auch durch Erhaltung der Gesundheit des einzelnen als eine solche zum Wohle der Gesamtheit betrachten.

Nach der Fassung der RVO. von 1911 hatten die Kassen als Regelleistung den versicherten Wöchnerinnen (Mitgliedern) nur ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes für 8, bei den Landkrankenkassen für 4—8 Wochen zu geben. Geburtshilfe durch Arzt oder Hebamme war als Mehrleistung vorgesehen, was jetzt also Pflichtleistung ist. Stillgeldgewährung gab es nicht und wurde nur örtlich durch charitative Wohltätigkeit gewährt. Die damaligen Bestrebungen auf höhere gesetzliche Leistungen ließen sich aus finanziellen Gründen nicht in die Tat umsetzen.

Welche Bedeutung die Wochenhilfe heute gewonnen hat, sollen folgende Zahlen beweisen:

Zahl der von den Krankenkassen entschädigten Fälle von Wochenhilfe (26):

	1922		1923			
	Insgesamt	Auf je 100 Mitglieder	Insgesamt	Auf je 100 Mitglieder	Für Mitglieder insgesamt	Für Mitglieder auf je 100 weibliche Mitglieder
reichsgesetzliche Krankenkassen	734003	4,0	701072	3,87	285218	4,13

Auch die geldlichen Aufwendungen geben einen entsprechenden Einblick. Die Gesamtausgabe für Wochenhilfe der reichsgesetzlichen Krankenkassen betrugen 1924: 36 185 400 Reichsmark. In diese Summe sind nicht einbegriffen die Kosten für Ärzte, Hebammen usw. und Arznei, die bei den Krankenkassen auf das Konto Krankenhilfe gebucht werden, sofern die Wöchnerin nicht in einer Klinik oder Heim entbunden wird; desgleichen ist in dieser Summe nicht der Reichszuschuß (Hälfte der Regelleistung an Familienangehörige) enthalten, der

1924 10 Millionen Reichsmark betrug. Die Kosten des einzelnen Wochenhilfsfalles betrugen 1924 durchschnittlich 88 Reichsmark für das Mitglied und 34 Reichsmark für Familienangehörige. Über die Verteilung dieser Summen auf die einzelnen Leistungen der Wochenhilfe und auf die verschiedenen Krankenkassen unterrichtet nachfolgende Tabelle.

Tabelle 7 (31). *Ausgaben für Wochenhilfe je Wochenhilfsfall* (in RM.).

Kassenart	Wochengeld	Stillgeld	Kur- und Verpflegung in Wöchnerinnenheimen	Sonstige Ausgaben	Ausgaben für Wochenhilfe insgesamt	Wochengeld	Stillgeld	Kur- und Verpflegung in Wöchnerinnenheimen	Sonstige Ausgaben	Ausgaben für Wochenhilfe insgesamt
	für Mitglieder auf 1 Wochenhilfsfall					für Familienangehörige auf 1 Wochenhilfsfall				
Ortskrankenkassen . .	56,1	24,1	0,8	13,8	94,8	13,4	8,9	0,1	9,1	31,5
Landkrankenkassen . .	27,9	14,2	0,1	12,5	54,7	12,0	8,3	0,0	7,9	28,2
Betriebskrankenkassen	68,4	30,0	0,8	13,7	112,9	15,2	11,5	0,9	10,9	38,5
Innungskrankenkassen .	69,3	25,9	4,5	16,3	116,0	16,0	10,5	0,3	10,3	37,1
Sämtl. Krankenkassen .	51,6	22,7	0,6	13,5	88,4	13,9	9,8	0,4	9,6	33,7

c) Sterbegeld.

Als weitere Regelleistung haben die Kassen beim Todesfalle eines Versicherten bekanntlich das 20fache des Grundlohnes zu zahlen. Als Mehrleistungen können sie ein Sterbegeld für Mitglieder bis zum 40fachen des Grundlohnes, für einen Ehegatten in Höhe bis zu zwei Drittel, für ein Kind eines Versicherten in Höhe bis zur Hälfte des Mitgliedersterbegeldes gewähren. Mehrleistungen beim Tode des Versicherten selbst gewährten 1924 53,9% sämtlicher reichsgesetzlicher Krankenkassen, und zwar das über 20—30fache des Grundlohnes 37,9%, das über 30—40fache des Grundlohnes 16,0% der Kassen. Ein Sterbegeld beim Tode des Ehegatten gaben 61,1%, beim Tode eines Kindes 57,9% jeder Kassen. Die Gesamtausgaben der reichsgesetzlichen Krankenkassen an Sterbegeld betrugen 1924 für Mitglieder 7 617 800 Reichsmark, für Familienangehörige 3 068 200 Reichsmark.

Nebenstehende Tabelle auf S. 373, die auch dem Bande 331 der Statistik des Deutschen Reiches entnommen ist, gibt eine *Übersicht über die Gesamtleistungen* der reichsgesetzlichen Krankenkassen, und zwar sowohl Regel- wie Mehrleistungen, in den Jahren 1885—1924 und faßt so das Gesagte nochmals zusammen.

Die Leistungen der reichsgesetzlichen Krankenkassen werden noch ergänzt durch diejenigen der *Knappschaftskrankenkassen*[3]). In der Knappschaftsversicherung (Reichsknappschaftsverein) waren am 1. I. 1925: 859 028 Mitglieder. Über die Zahl der Erkrankungsfälle ist oben im Zusammenhange mit den anderen Kassen schon berichtet worden. Die Zahl der Wochenhilfsfälle betrug 77 862 oder 8,9 auf 100, Sterbegelder wurden in 5550 Fällen bezahlt.

Aus der Übersicht der Ausgaben für die einzelnen Leistungen kann man ersehen, daß Mehrleistungen, insbesondere Familienhilfe, fast nicht gewährt wurden, worauf als auf einen großen Nachteil für die gesundheitliche Wirksamkeit der Krankenkassentätigkeit schon im ersten Kapitel hingewiesen worden ist. Es werden *je Mitglied* für 1924 angeführt:

Ausgaben für Arzt, Zahnarzt und andere Heilpersonen	11,58	RM.
für Arznei und sonstige Heilmittel	4,85	„
Krankenhauspflege	14,16	„
Krankengeld	37,21	„
Wochenhilfe	2,96	„
Fürsorge	0,21	„
Sterbegeld	0,61	„

Leistungen der reichsgesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 1885—1924 (in M. bzw. RM.).

Im Jahre	Auf 1 Mitglied entfielen an Ausgaben für: Krankenbehandlung durch Arzt, Zahnarzt, andere Heilpersonen. Bare Leistung statt ärztliche Versorgung	Arznei- und sonstige Heilmittel	Krankenhauspflege	Krankengeld	Haus- und Taschengeld	Hauspflege	Fürsorge für Genesende	Unterstützung an Wöchnerinnen und Wochenhilfe	Fürsorge im allgemeinen	Sterbegeld	Ersatzleistungen für gewährte Krankenunterstützung [1])	Leistungen insgesamt	Verwaltungskosten: persönliche	sächliche	insgesamt
1885	2,11	1,65	1,04	5,52	0,06	—	—	0,15	—	0,51	0,01	11,05	—	—	0,79
1886	2,26	1,78	1,17	5,64	0,07	—	—	0,15	—	0,54	0,02	11,63	–	—	0,78
1887	2,28	1,78	1,20	5,41	0,07	—	—	0,15	—	0,51	0,05	11,45	—	—	0,79
1888	2,32	1,84	1,23	5,29	0,08	—	—	0,15	—	0,49	0,05	11,45	0,61	0,22	0,83
1889	2,38	1,91	1,29	5,26	0,09	—	—	0,15	—	0,47	0,05	11,60	0,61	0,19	0,80
1890	2,55	2,16	1,35	5,97	0,09	—	—	0,15	—	0,50	0,05	12,82	0,62	0,20	0,82
1891	2,60	2,16	1,47	5,98	0,10	—	—	0,17	—	0,48	0,06	13,02	0,64	0,20	0,84
1892	2,74	2,31	1,50	6,22	0,10	—	—	0,17	—	0,51	0,05	13,60	0,68	0,21	0,89
1893	3,01	2,49	1,63	6,33	0,11	—	0,01	0,23	—	0,54	0,07	14,42	0,67	0,30	0,97
1894	3,05	2,39	1,63	5,74	0,11	—	0,01	0,24	—	0,50	0,09	13,76	0,70	0,20	0,90
1895	3,08	2,41	1,67	5,92	0,11	—	0,01	0,24	—	0,49	0,10	14,03	0,70	0,19	0,89
1896	3,12	2,38	1,71	5,74	0,11	—	0,01	0,25	—	0,49	0,11	13,92	0,70	0,20	0,90
1897	3,23	2,48	1,78	6,08	0,12	—	0,01	0,26	—	0,49	0,12	14,57	0,71	0,20	0,91
1898	3,32	2,51	1,81	6,07	0,13	—	0,01	0,27	—	0,48	0,13	14,73	0,73	0,20	0,93
1899	3,49	2,68	1,95	6,79	0,15	—	0,01	0,27	—	0,53	0,14	16,01	0,76	0,21	0,97
1900	3,60	2,73	2,06	7,19	0,16	—	0,01	0,27	—	0,56	0,16	16,74	0,79	0,22	1,01
1901	3,69	2,72	2,14	7,40	0,17	–	0,01	0,27	—	0,54	0,19	17,13	0,83	0,24	1,07
1902	3,80	2,70	2,16	7,36	0,19	—	0,01	0,28	—	0,52	0,21	17,23	0,87	0,24	1,11
1903	3,99	2,83	2,31	7,54	0,20	—	0,01	0,28	—	0,53	0,22	17,91	0,90	0,26	1,16
1904	4,47	3,00	2,59	8,70	0,24	—	0,01	0,40	—	0,56	0,26	20,23	0,95	0,32	1,27
1905	4,75	3,10	2,73	8,94	0,25	—	0,01	0,41	—	0,57	0,29	21,05	0,99	0,28	1,27
1906	4,90	3,08	2,79	8,63	0,27	—	0,02	0,43	—	0,56	0,28	20,96	1,03	0,28	1,31
1907	5,22	3,31	2,98	9,71	0,29	—	0,01	0,45	—	0,59	0,30	22,86	1,08	0,30	1,38
1908	5,49	3,52	3,18	10,50	0,33	—	0,02	0,48	—	0,61	0,32	24,45	1,15	0,32	1,47
1909	5,70	3,55	3,33	10,39	0,35	—	0,02	0,49	—	0,59	0,35	24,77	1,20	0,34	1,54
1910	5,85	3,69	3,47	10,04	0,36	—	0,02	0,49	—	0,57	0,35	24,84	1,23	0,33	1,56
1911	6,15	3,90	3,77	10,88	0,40	—	0,02	0,50	—	0,63	0,36	26,61	1,28	0,35	1,63
1912	6,48	4,14	4,05	10,96	0,42	—	0,02	0,55	—	0,60	0,39	27,61	1,28	0,35	1,63
1913	6,92	4,45	4,34	11,45	0,46	–	0,02	0,56	—	0,60	0,42	29,22	1,45	0,46	1,91
1914	7,47	3,75	4,03	11,32	0,44	0,01	0,02	0,81	—	0,64	—	28,49	2,07	0,83	3,04[2])
1915	7,56	3,56	3,76	9,56	0,33	0,01	0,02	1,34	—	0,74	—	26,88	2,28	0,58	2,98[2])
1916/18	Kriegsjahre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1919/23	Inflation	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1924	14,36	5,34	6,33	15,91	0,68	0,01	0,14	2,09	0,21	0,62	—	45,69	2,87	0,76	3,63[3])

Ist im vorhergehenden versucht worden, die sozialhygienische Bedeutung der Krankenversicherung zahlenmäßig durch ihre Leistungen aufzuzeigen, so gibt es noch weitere Gebiete der *allgemeinen Fürsorge*, wo Zahlenmaterial nur zum Teil vorhanden ist. Was die Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten anbetrifft, so sollen diese Kapitel zusammenfassend bei der Invalidenversicherung ihre Besprechung finden. Hier sei nur darauf hingewiesen, daß eine Anzahl Krankenkassen die Tuberkulosefürsorgestellen mitfinanzieren und fast allgemein mit ihnen Hand in Hand arbeiten. Durch einen Erlaß des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe vom 9. XI. 1918 an die Oberversicherungsämter (H.Min.Bl. S. 283), betreffend Grundsätze für die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Fürsorgestellen für Lungenkranke, sind die Krankenkassen aufgefordert, alle ihnen bekannten Fälle von Tuberkulose den Tuberkulose-

[1]) Von 1914 ab nicht mehr erfragt.
[2]) Einschl. Umlagen und Deckung der Verbandsausgaben.
[3]) Von den Ersatzkrankenkassen wurden außerdem 1925 ca. 1000000 Stammversicherte und ca. 500000 Familienangehörige versorgt.

fürsorgestellen bekanntzugeben. Eine Anzahl von Krankenkassen beteiligen sich an dem Kampfe gegen Tuberkulose durch eigene Lungenheilstätten. Von den Ortskrankenkassen[1]) verfügten 1925 3 Kassen über eine solche. Eine größere Anzahl von Kassen ist dazu übergegangen, auch andere Eigenbetriebe zu haben. So verfügen von den Ortskrankenkassen

79 über eigene Genesungsheime,
9 über eigene Tageserholungsheime,
73 über Zahnkliniken,
38 über eigene Badeanstalten,
50 über eigene Röntgen- und Lichtheilinstitute[2]).

Sie leisten mit diesen Anstalten, sofern sie nur diagnostischen oder therapeutischen Zielen dienen — die Ambulatoriumsfrage soll hier nicht erörtert werden — sicherlich gute gesundheitliche Arbeit. Was insbesondere die Badeanstalten, die Röntgen- und Lichtheilinstitute anbetrifft, so erfolgt hier dieselbe Rationalisierung, die wir in der Wirtschaft heute überall sehen; vor allem ist es natürlich einer leistungsfähigen Kasse viel besser als dem einzelnen möglich, immer das Beste der rasch fortschreitenden Technik ihren Patienten zur Verfügung zu stellen. Da auch nur stets eine relativ geringe Zahl von Ärzten imstande ist, sich derartige kostspielige Anlagen zu schaffen, würde ohne derartige Zentralinstitute die therapeutische physikalische Behandlung vieler Menschen nicht durchgeführt werden können. Sicherlich haben die Krankenkassen, ebenso wie die Krankenanstalten, durch die Schaffung derartiger Institute auch die Entwicklung der Röntgentechnik gefördert, und damit auch indirekt gesundheitlichen Nutzen gestiftet.

Auch auf einem anderen Gebiete hat die Entwicklung der Sozialversicherung, ganz besonders aber der Krankenversicherung, bahnbrechend gewirkt, und zwar auf dem Gebiete des Krankenhausbaues und der Krankenhauspflege. Man darf mit Recht sagen, daß die Kosten der 3. Klasse in den Krankenhäusern fast durchweg von den Krankenkassen gezahlt werden, die damit zu Mitträgern der Krankenhäuser geworden sind. Wenn wir heute auf unsere deutschen Krankenhäuser mit Recht stolz sein können, so wäre diese Entwicklung ohne Hilfe der Sozialversicherung nicht denkbar. Aus leicht verständlichen Gründen fehlt über diesen Punkt genaues Zahlenmaterial. Einen gewissen Einblick gewährt ein Bericht der Kölnischen Zeitung vom 19. I. 1927. In Köln hatte Streit um die Höhe des Pflegesatzes zu einer Sperre der städtischen Krankenanstalten durch die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen geführt. Die dadurch entstandenen Mindereinnahmen der städtischen Krankenanstalten in dem Zeitraum vom 1. IV. bis 31. XII. 1926 aus den weggefallenen Zahlungen der gesamten Kölner Krankenkassen wurde auf 800000 Mark gegenüber dem Vorjahre geschätzt.

Viele Krankenhäuser können auf Grund von Verträgen auf feste Einnahmen rechnen; so hatten nach dem Jahrbuche der Krankenversicherung 1925 von den Ortskrankenkassen 358 (36,3%) mit 4 572 698 (52,6%) Mitgliedern derartige Verträge abgeschlossen. 450 (45,6%) der Ortskrankenkassen mit 4 563 205 (52,5%) der Mitglieder gewährten nur durch bestimmte Krankenhäuser Krankenhauspflege.

Auch auf die Entwicklung der hochwertigen pharmazeutischen Industrie ist die Krankenversicherung, die durch ihre Kassen Großabnehmer ist, sicherlich von förderndem Einfluß gewesen.

Neben diesen großen indirekten sozialhygienischen Fortschritten, die die Krankenversicherung mit sich gebracht hat, muß aber auch zum Schluß noch der

[1]) Über die jetzigen Verhältnisse s. unten.
[2]) Siehe Jahrb. d. Krankenversich. 1925, S. 295.

sozialhygienischen Kleinarbeit gedacht werden; so haben manche Kassen durch Bestellung von Hauspflegerinnen oder durch finanzielle Unterstützung und Inanspruchnahme bestehender Hauspflegevereine für die Pflege der Kranken im Hause gesorgt, eine Maßnahme, die sicherlich warme Förderung verdient. Denn gerade in den armen Kreisen kann sich eine Mutter und Hausfrau oft deshalb nicht erholen und fällt dauerndem Siechtum anheim, weil sie sich während ihrer Erkrankung die erforderliche Ruhe und Schonung nicht gönnen kann.

Eine Anzahl von Kassen unterstützten die Arbeit der Gesundheitsfürsorge (nicht allein auf dem obenerwähnten Gebiet der Tuberkulosebekämpfung) durch Beiträge und Zuschüsse. Über die Tätigkeit der Ortskrankenkassen auf diesem Gebiet gibt nachfolgende Übersicht über das Jahr 1925 Auskunft (26):

Für	Kassen	Mit Mitgliedern	Betrag insgesamt RM.	Je Mitglied RM.
Beratungsstelle für				
a) Tuberkulose	316	4339674	371346	0,09
b) Geschlechtskranke	135	2307324	24644	0,01
c) Trinker	102	2431119	19527	0,01
d) Krebskranke	15	140483	2230	0,02
Hauspflegeorganisationen	142	1642220	68474	0,04
Säuglingsfürsorge	21	195114	11204	0,06
Krüppelfürsorge	5	41137	710	0,02
Kinderfürsorge	11	229153	31602	0,14
Summa	747			

So erfreulich diese allgemeine sozialhygienische Tätigkeit einer Anzahl von Kassen auch ist, so muß doch vom Standpunkte der Gesundheitspflege darauf hingewiesen werden, daß die Zahl der in diesem Sinne tätigen Ortskrankenkassen recht gering ist, wenn man bedenkt, daß 1924 2251 Ortskrankenkassen bestanden. Wenn sich die sozialhygienische Arbeit der Krankenkassen nicht nur auf ihrem ureigensten Gebiete der Krankenhilfe, sondern auch der *Krankenverhütung* auswirken soll, muß die Unterstützung fürsorgerischer Arbeit viel mehr Allgemeingut der Krankenkassen werden, als es bisher der Fall ist. Dabei ist auf das Wort *Unterstützung* Wert zu legen; die *Durchführung* der Gesundheitsfürsorge selbst ist eine Aufgabe des Staates und der Kommunen.

Neben der geldlichen Unterstützung kann und muß Aufklärung durch Wort, Schrift und Bild gehen, die schon von einer Anzahl von Kassenverbänden und Kassen getrieben wird[1]). Die großen Kassenverbände wirken im Reichs- und Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung mit. Die erste Initiative für die Reichsgesundheitswoche im Jahre 1926 ging von dem Hauptverband deutscher Krankenkassen aus, auch die mustergültige Ausstellung der Krankenkassen auf der Gesolei soll in diesem Zusammenhange genannt werden.

So bildet die Krankenversicherung einen wertvollen Stein im Bau der deutschen Sozialhygiene; ohne sie würden Tausende und Abertausende in Krankheit und Siechtum ohne ärztliche Hilfe in Not und Elend verkommen.

Für die Erhaltung eines guten Gesundheitszustandes des deutschen Volkes erscheint sie unentbehrlich. Fehler haften ihr natürlich wie jeder menschlichen Einrichtung an. Deshalb aber die Krankenversicherung zu bekämpfen oder gar wie Liek ihre Beseitigung zu verlangen, beweist nur, daß wir uns heute nicht

[1]) Es sei hingewiesen auf die weitverbreitete Zeitschrift für gesundheitliche Lebensführung des berufstätigen Volkes. „Gesundheit", Verlagsgesellschaft deutscher Krankenkassen, Berlin Charlottenburg, ferner auf die „Gesundheitswacht" München.

vorstellen können, wie es ohne sie aussehen würde, ebenso wie die Gegner der Pockenimpfung sich wohl keine Vorstellung von einem Lande ohne Pockenschutz machen.

2. Unfallversicherung.

Nachdem die Krankenversicherung durch das Gesetz vom 15. VI. 1883 in Angriff genommen war, erging am 6. VII. 1884 das Unfallversicherungsgesetz. In rascher Folge wurden alle Zweige der Arbeit dem Zwange der Unfallversicherung unterworfen, am 8. V. 1885 wurde das Gesetz auf das Transportgewerbe, am 5. V. 1886 auf die land- und forstwirtschaftlichen Betriebe ausgedehnt, am 13. VII. 1887 erging das Seeunfallversicherungsgesetz, am 11. VII. 1887 das Bauunfallversicherungsgesetz. Dazu traten am 30. VI. 1900 die Unfallfürsorge für Gefangene und am 18. VI. 1901 für Beamte und Personen des Soldatenstandes.

In der RVO. Buch III und ihren Ergänzungen ist dann der heute bestehende Zustand geschaffen worden. Diese schnelle Entwicklung der Unfallversicherung beweist, wie groß die drängende Not auf diesem Gebiete war (2). In der Tat hatte die rasche industrielle Entwicklung Deutschlands, die besonders nach dem siegreichen Kriege von 1870/71 einsetzte, eine tiefgehende wirtschaftliche und damit verbundene soziale Wandlung herbeigeführt. Alte Formen wurden gesprengt, das rein persönliche Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, das letzterem Schutz in Krankheit und Not sicherte, verminderte sich. Die Größe der Betriebe ließ den Arbeiter vielfach zur Nummer werden. Die weitgehende Mechanisierung der Arbeit, die den einzelnen Arbeiter nur immer dieselben Teile bearbeiten ließ, stumpfte das Interesse an der Arbeit und damit auch die Aufmerksamkeit gegen die Gefahren der Arbeit ab.

Dazu kam, daß mit der Entwicklung der Industrie, besonders mit der Entwicklung der Maschine und mit Anwendung neuer Naturkräfte, die Gefahren des Berufslebens dauernd stiegen.

Alles dies machte es notwendig, den Arbeiter vor den Folgen des Unfalles zu schützen, wie dies auf genossenschaftlicher Praxis die Knappschaften für den Bergarbeiter schon in früheren Jahrhunderten getan hatten [vgl. auch Düttmann-Bülow (18)], wollte man nicht den verunglückten, verstümmelten oder verkrüppelten Arbeiter dem Elend aussetzen und ihn und seine Familie der Armenpflege überlassen. Denn selbst bei guter Löhnung waren die Löhne niemals so hoch, daß der Arbeiter erhebliche Summen für Zeiten des Siechtums zurücklegen konnte. Dies konnte man umsoweniger von ihm fordern, wenn er auf dem Felde der Arbeit zu Schaden kam.

Die Unfallversicherung hatte ihren Vorläufer in dem Haftpflichtgesetz vom 7. VII. 1871. Nach diesem haftete der Unternehmer für die Folgen von Unfällen, die durch den Unternehmer oder einen von ihm mit seiner Vertretung Beauftragten verschuldet waren. Dieses Verschulden des Unternehmers oder seiner Leute mußte aber von dem Verunglückten nachgewiesen werden. Abgesehen davon, daß nur ein geringer Teil der Unfälle auf schuldhaftes Handeln der Betriebsleitung zurückzuführen war, mußte auch dies im Rechtsstreit erwiesen werden, und häufig genug konnte selbst bei obsiegendem Urteil der Verunglückte vom Unternehmer wegen dessen Zahlungsunfähigkeit nichts erhalten. (Wie häufig würde dies in unserer Zeit der Wirtschaftskrise der Fall sein!). Alle diese Mißstände wurden durch die Einführung und den allmählichen Ausbau der Unfallversicherung (vor allem Einbeziehung der Landwirtschaft) beseitigt. Sie führte die Kollektivhaftung der Unternehmerschaft ein. Durch sie erhielten der Unfallverletzte bzw. im Todesfalle seine Hinterbliebenen eine Entschädigung (Rente) und eine Anzahl anderer Leistungen bei allen Unfällen, mögen sie nun durch

Verschulden der Betriebsleitung, durch Zufälligkeiten des Berufes oder durch Fehler der Unfallverletzten selbst sich ereignen. Nur Vorsatz — also nicht Fahrlässigkeit — schließt den Anspruch auf die Vorteile der Unfallversicherung aus. Durch die Kollektivhaftung der Arbeitgeberschaft, die sich in Berufsgenossenschaften organisieren müssen, ist auch die Gefahr der Zahlungsunfähigkeit des Verpflichteten geschwunden[1]).

Ganz neuerdings hat die Unfallversicherung noch eine sozialhygienisch äußerst wichtige Erweiterung erfahren: durch die Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 12. V. 1925 (RGBl. I S. 69) ist sie auf eine Anzahl gewerblicher Berufskrankheiten ausgedehnt worden; es sind Erkrankungen durch Blei und seine Verbindungen, durch Arsen und seine Verbindungen, durch Benzol und seine Homologen, durch Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Reihe, durch Schwefelkohlenstoff, ferner Erkrankungen an Hautkrebs durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthracen, Pech und verwandte Stoffe, grauer Star bei Glasmachern, Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und andere strahlende Energie, Wurmkrankheit der Bergleute, Schneeberger Lungenkrankheit unter bestimmten Voraussetzungen versicherungstechnisch den Betriebsunfällen gleichgestellt [Chajes (26)]. Nähere Bestimmungen enthalten die Richtlinien über gewerbliche Berufskrankheiten vom 6. VIII. 1925[2]). Mit diesem Listensystem ist der deutsche Gesetzgeber ausländischen Vorbildern gefolgt; auch dort ist, soweit die Länder eine ausgebildetere Sozialversicherung besitzen, keine Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung schlechthin erfolgt, da der Begriff der Berufskrankheiten nicht eindeutig zu erfassen ist. Ein Ausbau dieser Verordnung durch Erfassung weiterer Gewerbekrankheiten wird später wohl erfolgen müssen.

Welche Bedeutung und Ausdehnung die Unfallversicherung hat, mögen zunächst einige Zahlen zeigen [vorwiegend nach Düttmann-Bülow (18)].

Im Jahre 1925 bestanden 66 gewerbliche und 45 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, 1 Versicherungsgenossenschaft, sowie 14 den Berufsgenossenschaften angegliederte Zweiganstalten und daneben 497 Ausführungsbehörden. Die Zahl der Versicherten betrug:

1886	3,7 Mill.	
1888	10,3 „	
1891	18,0 „	darunter 1,5 Mill. Doppeltversicherte (zugleich in Gewerbe und Landwirtschaft)
1913	28,7 „	
1924 (verkleinertes Reichsgebiet).	25,0 „	mit 3 Mill. Doppeltversicherten.

Es entfielen 1924

auf gewerbliche Betriebe	10000000 Versicherte
„ landwirtschaftliche Betriebe . . .	14200000 „
„ öffentliche Betriebe	858000 „
Summa:	25058000 Versicherte.

Für 1925 wird die Zahl der Versicherten auf 26 Mill. geschätzt (darunter 3 Mill. Doppeltversicherte, (2).

Den gewerblichen Berufsgenossenschaften gehörten

1925 837695 Betriebe an (1894: 420000);

von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wurden

1925 4601916 Betriebe (1894: 4800000) nachgewiesen (2).

---

[1]) Betreffs der einzelnen gesetzlichen Bestimmungen über die Unfallversicherung muß auf die Arbeit von Dersch (14) in diesem Handbuch hingewiesen werden; eine übersichtliche Darstellung findet sich ferner bei Lohmar (26) und bei Kaufmann (29).

[2]) Über die Erfahrungen mit der VO. vom 12. V. 1925 berichtet Kölsch in der Münch. med. Wochenschr. 1927, Nr. 12.

Die Zahl der Unfälle betrug 1924 (1)

im Gewerbe	390743
in der Landwirtschaft	319102
bei den Zweigsantalten	5871
bei den Ausführungsbehörden	52480
	568196

= 1893,98 Unfälle pro Tag bei 300 Arbeitstagen im Jahr.

Diese Zahlen umfassen alle Unfälle, die zur Anmeldung kamen.
1925 betrug die Zahl der *erstmalig* entschädigten Unfälle (2):

bei den gewerbl. Berufsgenossenschaften (einschl. Zweiganstalten)	56695
bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften	46065
bei den Ausführungsbehörden	4757
Summa:	107517

Gegen 1924 beträgt die Zunahme der erstmalig entschädigten Unfälle 26697, dagegen ist gegen 1913 eine Abnahme von 32116 festzustellen.
Über schwere Unfälle und ihre Folgen geben folgende Zahlen Auskunft:

Tod war 1913 in 10293 Fällen
1923 in 7354 Fällen
1925 in 8043 Fällen = 7% (verkleinertes Reichsgebiet)

die Folge der Verletzung; d. h. an jedem Arbeitstag 26,8;
dauernde völlige Erwerbsunfähigkeit

1913 in 839 Fällen
1923 in 855 Fällen
1925 in 1196 Fällen = ca. 1% aller Fälle.

1925 wurden überhaupt entschädigt	811463	Unfälle,
und zwar bei den gewerbl. Berufsgenossenschaften (einschl. Zweiganstalten)	428421	„
bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften	328895	„
bei den Ausführungsbehörden	54147	„

1925 wurden 811463 Unfälle, 1924 768196, 1913 1010495 entschädigt. Bei diesem Rückgang ist allerdings auch die Verkleinerung des Reichsgebietes zu berücksichtigen. „Auf 1000 Versicherte entfielen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 1913 7,05, 1923 4,43 entschädigte Unfälle, bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 1913 3,35, 1923 2,29. In der Landwirtschaft entfällt jährlich auf 100 Versicherte ein angemeldeter Unfall, im Gewerbebetriebe auf je 25 Versicherte. Zu einer Rente führt in der Landwirtschaft jeder zweite *angemeldete* Unfall, im Gewerbebetriebe erst jeder zehnte. Die Nichtanmeldung kleiner Unfälle, aber auch die Mängel der Heilbehandlung auf dem Lande spielen hier eine große Rolle." [Düttmann-Bülow (18).]

Die letzten beiden Sätze beweisen mit aller Deutlichkeit, welche große sozialhygienische und wirtschaftliche Bedeutung eine gute Durchorganisation der Sozialversicherung und damit gute Krankenversorgung hat. Wie würden die Zustände erst ohne die — viel angefeindete — Unfallversicherung sein!

Wenn uns diese Zahlen einen Begriff von der Bedeutung und Notwendigkeit der Unfallversicherung geben, so werden ihre *Leistungen* besonders interessieren. Gerade in der Unfallversicherung ist eine deutliche Wandlung unseres sozialhygienischen Denkens festzustellen, denn hier ist die Schadenverhütung, die die Seele der Sozialversicherung sein sollte, als Pflichtleistung der Entschädigungspflicht an die Seite getreten. Diese Gleichberechtigung bestand nicht von Anfang an, sondern hat sich allmählich entwickelt und ihren bindenden Niederschlag in dem *neunten* Abschnitt des 3. Buches der RVO. gefunden. Danach haben die Berufsgenossenschaften die Pflicht, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, weiterhin hat das Reichsversicherungsamt[1]) — und zwar nunmehr auch

[1]) Vgl. auch Runderlaß des RVAmts an die gewerblichen Berufsgenossenschaften über die Gemeinschaftsarbeit bei der Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften vom 26. II. 1926 (A. N. S. 184) und vom 22. II. 1927 (RABl. I, S. 106).

bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften — das Recht bei beharrlicher und unbegründeter Weigerung von sich aus Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen.

Die Unfallverhütungsvorschriften betreffen
a) die Einrichtungen und Anordnungen, welche die Mitglieder der Berufsgenossenschaften zur Verhütung von Unfällen in ihren Betrieben zu treffen haben;
b) das Verhalten, das die Versicherten zur Verhütung von Unfällen in den Betrieben zu beobachten haben (§ 848a der RVO.).

Auf Grund dieser Bestimmungen sind von den Berufsgenossenschaften ausführliche Unfallverhütungsvorschriften erlassen worden, die dauernd nach dem Stande der Technik ergänzt werden. Die Beachtung der Vorschriften wird durch die berufsgenossenschaftlichen technischen Aufsichtsbeamten überwacht.

Um eine möglichst einheitliche Ausgestaltung und Durchführung der Vorschriften sicherzustellen, hat der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften als Richtlinien für die einzelnen Berufsgenossenschaften *Normal-Unfallverhütungsvorschriften* aufgestellt und eine besondere *Zentralstelle für Unfallverhütung* eingerichtet.

Damit die Forderungen, die in unfalltechnischer Beziehung an die Ausgestaltung der *Betriebseinrichtungen* zu stellen sind, bereits beim Bau dieser Einrichtungen Berücksichtigung finden, sind ferner in einer bei dieser Zentralstelle gegründeten *Arbeitsgemeinschaft für Unfallverhütung* für die einzelnen Gewerbezweige gesondert alle diejenigen Unfallverhütungsvorschriften in übersichtlicher Weise zusammengestellt worden, die für den Bau und die Ausgestaltung der in diesen Gewerbezweigen vorkommenden Maschinen, Apparaten und Einrichtungen von Bedeutung sind. Der Arbeitsgemeinschaft für Unfallverhütung gehören außer dem Verbande der deutschen Berufsgenossenschaften und dem Verein der Maschinenbauanstalten die 3 großen Arbeitergewerkschaften, die Arbeitsgemeinschaft deutscher Betriebsingenieure, der Verein deutscher Gewerbeaufsichtsbeamten und der Verband der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften an.

Um auch in *Händler- und Käuferkreisen* das Verständnis für den Maschinenschutz zu fördern, richtet die Zentralstelle für Unfallverhütung ferner eine planmäßige unfalltechnische *Überwachung aller bedeutenden Ausstellungen in Massen ein.* Da die umfangreichen, in den Betrieben aushängenden Unfallverhütungsvorschriften für das Verhalten der Versicherten von diesen in der Regel nicht gelesen und beachtet werden und der weitaus größte Teil aller Unfälle auf unzweckmäßiges Verhalten der Arbeiter zurückzuführen ist, nahm die Zentralstelle für Unfallverhütung in einer hierzu gegründeten *Unfallverhütungsbild G. m. b. H.* eine umfassende Aufklärungs- und Werbetätigkeit durch Verbreitung von Unfallverhütungsbildern und die jährliche Herausgabe eines die Unfallverhütung behandelnden Taschenkalenders auf. Gemeinsam mit der Reichsarbeitsverwaltung wurde ferner ein illustrierter Abreißkalender verbreitet, der gleichfalls bezweckt, den Arbeiter zur Unfallverhütung zu erziehen.

In diesem Zusammenhange sei auch auf das von der Reichsarbeitsverwaltung 1925 herausgegebene Arbeiterschutzbüchlein (5) verwiesen, das nach demselben Prinzip arbeitet. Auch in den Beilagen des Reichsarbeitsblattes erscheinen von Zeit zu Zeit entsprechende Merkblätter. Auf der Gesolei waren eine große Anzahl sehr zweckentsprechender Bildtafeln mit Beispiel und Gegenbeispiel ausgestellt.

Die Maßnahmen zur Unfallverhütung in Verbindung mit den Bestimmungen über „Überwachung" (§ 875 RVO. ff.) haben, wie schon Kaufmann[1]) (25) 1914

[1]) Auf die außerordentlich wertvollen Ausführungen Kaufmanns in seinem Buche „Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung" sei besonders hingewiesen.

beweisen konnte, außerordentlich segensreich und schadenverhütend gewirkt. Einerseits wurden dadurch die Unternehmer gezwungen, die besten Schutzvorrichtungen für Leben und Gesundheit in ihren Betrieben einzurichten, was wieder fördernd und anspannend auf die Technik wirkte, auf der anderen Seite — und das ist von ebenso großem sozialhygienischen Wert — wurden die Versicherten langsam zu einem gesundheitlichen Denken, wenigstens auf diesen Gebieten, erzogen.

Zum erfolgreichen Wirken der Unfallverhütungsvorschriften ist aber auch ein reibungsloses Zusammenarbeiten der von den Berufsgenossenschaften mit Genehmigung des Reichsversicherungsamtes angestellten technischen Aufsichtsbeamten mit den staatlichen Gewerbeaufsichtsbeamten erforderlich. In neuerer Zeit hat dieses System noch eine unbedingt notwendige Erweiterung dadurch erfahren, daß staatliche Gewerbeärzte angestellt worden sind, deren Augenmerk besonders auf die durch den Beruf hervorgerufenen Gewerbekrankheiten und ihre Verhütung gerichtet ist[1]).

In engerem Zusammenhange mit dem Schutz vor Unfall stehen die Bemühungen, möglichst sofort und möglichst sachgemäß im Falle eines Unfalles die erste Hilfe angedeihen zu lassen; auch hier herrscht der sozialhygienisch richtige Gedanke, daß durch rasches Eingreifen oft eine sachgemäße Heilung herbeigeführt wird, wo bei verspäteter Hilfe unvollkommene Heilung (also Krüppeltum) mit Entschädigung die Folge sein kann.

Infolgedessen sind neuerdings, durch § 848b als Kannvorschrift in der RVO. verankert, die Maßnahmen für erste Hilfe weitgehend ausgebaut worden. Größere Betriebe haben Unfallstationen, die ständig mit ärztlichem Personal besetzt sind, in anderen sind Betriebsangehörige als Helfer ausgebildet, die die Arbeit unterbrechen, bis die erste Wundversorgung, Wiederbelebung usw. vorgenommen ist. Vor allem ist hier wohl als vorbildlich der Bergbau zu nennen, der ganz moderne Rettungsanlagen besitzt. Schon 1924 konnte Kaufmann angeben, daß die Aufwendungen sämtlicher Berufsgenossenschaften für Rettung Verunglückter und zur Abwendung von Unglücksfällen von 8860 Mark im Jahre 1903 auf 202 942 Mark im Jahre 1912 gestiegen waren.

Diese Bestrebungen haben zu einer außerordentlichen Förderung des ganzen Rettungswesens geführt; Esmarch, der verdienstvolle Schöpfer des deutschen Samariterwesens, hat von diesen gesagt, daß sie einen wichtigen Anstoß zur Einführung und Vervollkommnung von Samaritereinrichtungen gegeben und dem Samariterwesen eine hohe soziale Bedeutung gesichert haben [zitiert nach Kaufmann (29), S. 66, 67].

Diese ganze Entwicklung hat weiterhin zu einer innigen Zusammenarbeit der Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz und anderen, in gleichem Sinne arbeitenden Verbänden, geführt[2]). Nach längeren Vorarbeiten wurden auf Grund von Beratungen zwischen dem Reichsversicherungsamt, dem Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz und dem Verbande der deutschen Berufsgenossenschaften erstmalig am 20. IV. 1920 Leitsätze für ein Zusammenwirken der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiete der ersten Hilfe veröffentlicht. Nach den neuerlich diesbezüglich geltenden Grundsätzen vom 10. II. 1927 sind Gebiete, auf die sich das Zusammenwirken erstreckt:

---

[1]) Vgl. auch Jahresberichte der gewerblichen Berufsgenossenschaften über Unfallverhütung f. 1925 (27).

[2]) In diesem Zusammenhange sei auch des Erlasses des Preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 5. X. 1926 (I M. II 3111/26) betr. Regelung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens Erwähnung getan.

1. Ausbildung von männlichen und weiblichen in versicherten Betrieben beschäftigten Personen (Betriebsangehörigen) zu freiwilligen „Betriebshelfern", d. h. zur Leistung der ersten Hilfe bei Betriebsunfällen bis zur Ankunft des Arztes.
2. Regelung der Arznei- und Verbandmittelversorgung in den Betriebsstätten.
3. Bereitstellung von Krankentransportmitteln auf den Betriebsstätten.
4. Erhaltung und Ausgestaltung von Unfallstationen (Rettungswachen u. dgl.) vom Roten Kreuz und Gründung neuer Einrichtungen dieser Art.
5. Für ländliche Verhältnisse kann die Bereitstellung von Ersthelfern, Arznei und Verbandmittelversorgung, Bereitstellung von Krankentransportmitteln, sowie Einrichtung von Rettungsstellen für die in bestimmten örtlichen Bezirken liegenden Betriebe in Frage kommen.

Die Betriebshelfer stehen ebenso wie die im Betriebe beschäftigten Mitglieder der Sanitätskolonne vom Roten Kreuz und des Arbeitersamariterbundes jederzeit zur Verfügung.

Ebenso wichtig wie die erste Hilfe am Orte ist ein sachgemäßer Krankentransport, der gerade dann gut vorgebildete Nothelfer erfordert, wenn er wie oft behelfsmäßig erfolgen muß. Auch diesem Zweige der ersten Hilfe haben die Berufsgenossenschaften Förderung angedeihen lassen. Heute sind in den meisten großen Betrieben für den Krankentransport eigene Einrichtungen vorhanden.

Auch der Beschaffung von gutem und sauberem Verbandszeug haben die Berufsgenossenschaften ihre Aufmerksamkeit geschenkt, sie haben Einheitsverbandskästen für die erste Hilfe zusammengestellt, einen kleineren für Kleinbetriebe, einen großen für mittlere und größere Betriebe, deren Lieferung von ihnen überwacht werden. Über deren Verbesserung schweben erneute Verhandlungen. Zum Zwecke einer sachgemäßen Verwendung sind den Kästen Anleitungen zur ersten Hilfe beigefügt.

Dasselbe Prinzip, eine möglichst vollkommene Ausheilung zu erzielen und dadurch eine Rente zu vermeiden, liegen den Bestimmungen über Heilbehandlung und Berufsfürsorge zugrunde, wie sie in der neuesten Fassung der RVO. in § 558ff. niedergelegt sind.

Seit 1. I. 1926 haben die Berufsgenossenschaften sofort nach dem Unfall Heilbehandlung zu gewähren, während früher erst nach Ablauf der 13. Woche, bis zu welchem Zeitpunkt den Krankenversicherten einfache Krankenkassenbehandlung gewährt wurde, die Berufsgenossenschaften die weitere Behandlung des Unfallverletzten übernahmen. In praxi ist allerdings auch heute noch die Krankenkasse die Stelle, von der meist die erste Behandlung der Unfallverletzten erfolgt; nur handelt letztere nunmehr im Auftrage der zuständigen Berufsgenossenschaft, die pflichtgemäß zu prüfen hat, ob die kassenärztliche Behandlung als berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung ausreicht. Lohmar[1]) führt folgende Gründe dafür an, daß die einfache Krankenkassenbehandlung des Unfallverletzten nicht immer ausreicht: 1. Die Fürsorgepflicht der Krankenkasse ist nur vorübergehend und nicht so umfassend wie die Fürsorgepflicht der Berufsgenossenschaft, die unter anderem infolge unzureichender Behandlung zu dauernder Rentengewährung gezwungen werden kann. 2. Die Geldmittel mancher Krankenkassen sind zu beschränkt, um kostspielige Heilverfahren, die nicht nur Heilung, sondern volle Erwerbsfähigkeit des Verletzten verbürgen, durchzuführen. 3. Im allgemeinen besteht heute freie Arztwahl; nicht jeder Arzt beherrscht aber die Unfallmedizin, die heute ein Spezialfach ist; es stehen auch nicht allen Krankenkassen geschulte Fachärzte zur Verfügung. Es kommt eben bei dem Unfallverletzten nicht allein auf anatomische Heilung an, viel wichtiger ist die funktionelle Heilung, die den Unfallverletzten möglichst bald wieder an die Arbeit

[1]) Vgl. Lohmar: Unfallfürsorge (Reichsunfallversicherung) im Jahrb. d. Krankenversich. 1925, S. 191, dessen Ausführungen hier zugrunde gelegt sind.

bringt und damit unter anderem dem Entstehen der sog. „Unfallneurose" entgegenarbeitet.

Um das Ziel schnellster Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen, ist eine zweckmäßige Zusammenarbeit aller beteiligten Kreise erforderlich. So ist der Betriebsunternehmer verpflichtet, seine Berufsgenossenschaft nach besten Kräften zu unterstützen, u. a. damit der Verletzte möglichst rechtzeitig in zweckentsprechende Behandlung kommt.

Zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen Berufsgenossenschaften, Ärzten und Krankenkassen dienen verschiedene Abkommen: so das Ärzteabkommen zwischen den deutschen Berufsgenossenschaften usw. und dem deutschen Ärztevereinsbunde usw. in der Fassung vom 1. V. 1926, ferner das Krankenkassenabkommen vom 31. XII. 1926 zwischen dem Verbande der deutschen Berufsgenossenschaften einerseits und den nachstehenden Krankenkassenverbänden andererseits:

1. Hauptverband deutscher Krankenkassen,
2. Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen,
3. Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands,
4. Hauptverband deutscher Innungskrankenkassen,
5. Reichsverband der deutschen Landkrankenkassen.

Es würde zu weit führen, hier auf alle Einzelheiten des Abkommens einzugehen. Es muß auf das Buch von Lehmann[1]) verwiesen werden. Danach hat die Krankenkasse *unverzüglich* der zuständigen Berufsgenossenschaft von jedem Betriebsunfall Kenntnis zu geben.

Die Berufsgenossenschaft kann danach die Krankenkasse mit der Behandlung des Unfallverletzten in dem Umfange betrauen, den sie für notwendig erachtet; dies kann auch für nicht krankenversicherte Unfallverletzte geschehen, für die die Berufsgenossenschaften einzutreten haben.

Was die ärztliche Behandlung anbetrifft, so hat der Unfallverletzte in der Unfallversicherung an sich nicht das Recht der freien Arztwahl; die Berufsgenossenschaft hat jederzeit das Recht, in das Heilverfahren einzugreifen. Vor der *Einzel*anordnung des Heilverfahrens soll sie, wenn die Verhältnisse es gestatten, in der Regel, besonders in zweifelhaften Fällen, den vorbehandelnden Arzt hören. Bei *allgemeiner* Anordnung des Heilverfahrens soll der Kassenarzt grundsätzlich nicht von jeder Unfallbehandlung ausgeschlossen sein. Das Eingreifen der Berufsgenossenschaften kann folgendermaßen erfolgen:

Die Berufsgenossenschaft kann durch einen unfallmedizinisch geschulten Facharzt möglichst alle Unfallverletzten zunächst untersuchen lassen, der die Fälle, welche der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung bedürftig sind (etwa 10 auf 100 Unfallverletzte) zu bestimmen hat (Durchgangsarzt). Dieses Durch-

[1]) Vgl. Helmut Lehmann (34): „Die Beziehungen zwischen Unfall- und Krankenversicherung", wo eine sehr ausführliche Darstellung der ganzen Materie unter Anführung der einschlägigen Paragraphen der RVO. zu finden ist. Vgl. dazu auch Bekanntmachung des RVAmts vom 12. X. 1926 (A. N. S. 453) betr. Bestimmungen über die Unterstützungspflicht der Krankenkassen und Unternehmer gegenüber den Trägern der Unfallversicherung. § 1 lautet:

„Den Trägern der Unfallversicherung soll es ermöglicht werden, die berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung so schleunig einzuleiten, daß schon der erste, meist für den weiteren Verlauf entscheidende ärztliche Eingriff (Einrichtung, Amputation, Resektion usw.) durch den Facharzt (nötigenfalls in der Heilanstalt) erfolgt und nur im Notfall dem Nichtfacharzt, der die erste Hilfe leistet, überlassen bleibt. Es sollen alle Fälle, in denen die Berufsgenossenschaft ein im Sinne rascherer und vollständigerer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wirksameres Heilverfahren zu gewähren imstande ist, ermittelt und möglichst von Anfang an dem berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren zugeführt werden."

gangsarztsystem ist nur in einigen Städten eingeführt. Hier werden also gewisse Verletzungs*fälle* ausgewählt. Der Auswahl bestimmter Verletzungs*fälle* durch den Durchgangsarzt steht die Auswahl bestimmter Verletzungs*arten* gegenüber.

§ 6 des neuesten Abkommens lautet[1]):

„Die beteiligten Berufsgenossenschaften haben der Krankenkasse eine einheitliche Erklärung darüber abzugeben, bei welchen Verletzungsarten stets berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung stattfinden und ob deren Einleitung von einem bestimmten Lebensalter des Verletzten abhängig gemacht werden soll. Gleichzeitig mit dieser Erklärung werden der Krankenkasse die für die Behandlung von Unfallverletzten geeigneten Ärzte (Arzt) und Heilanstalten (Heilanstalt) bezeichnet.

Für berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung in der Form der Heilanstaltspflege kommen besonders folgende Verletzungsarten in Frage:

alle Oberschenkelbrüche,

im übrigen alle offenen Brüche,

die nicht offenen Brüche großer Röhrenknochen, wenn sie kompliziert sind a) durch Verschiebung, Verdrehung, Splitterung oder b) durch Mitverletzung großer Gelenke oder c) durch Sitz der Verletzung in der Nähe der großen Gelenke (mit Ausnahme des einfachen typischen Radiusbruches und der Brüche des Schlüsselbeines, des Schaftes des Wadenbeines und des inneren — nicht des äußeren — Knöchels),

alle Wirbelsäulen- und Beckenbrüche,

alle Ausrenkungen großer Gelenke,

alle nicht sofort wieder eingerenkten Ausrenkungen kleiner Gelenke,

alle schweren Gelenkquetschungen mit Ausnahme der Quetschungen von Finger- und Zehengelenken, alle Verletzungen großer Nervenstämme an Armen und Beinen,

alle schweren eiterigen Entzündungen, besonders an Hand und Fingern,

alle Verletzungen wichtiger Sehnen, besonders an den Fingern, alle ausgedehnten oder tiefgehenden Weichteilverletzungen, besonders auch Verbrennungen, Augen- und Ohrenverletzungen, die nach dem Urteil des Facharztes der stationären fachärztlichen Behandlung bedürfen.

Soweit die Berufsgenossenschaften in der Erklärung (Abs. 1) diese Verletzungsarten bezeichnet haben, überweist die Krankenkasse den Verletzten im Auftrage der zuständigen Berufsgenossenschaft unverzüglich einer hiernach in Betracht kommenden Heilanstalt. Soweit andere Verletzungsarten bezeichnet sind, bestimmen die Berufsgenossenschaften, wie das Heilverfahren durchzuführen ist."

Allerdings sind diese Bestimmungen noch nicht ganz einheitlich durchgeführt, was bei der Kürze der Zeit seit ihrem Inkrafttreten nicht zu verwundern ist. Jedenfalls ist sichergestellt, daß beim Auftrage der Berufsgenossenschaft die Krankenkasse die berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung einzuleiten hat (vgl. auch Lehmann S. 48).

Im allgemeinen bedienen sich, wie schon kurz erwähnt, die Berufsgenossenschaften der frei praktizierenden Ärzte und der vorhandenen Krankenanstalten. Nur wenige, z. B. die Knappschaftsgenossenschaft, besitzen eigene Heilanstalten; besonders darf hier vielleicht das Krankenhaus „Bergmannsheil" in Bochum genannt werden.

Hand in Hand mit der Heilfürsorge soll die *Berufsfürsorge* gehen, die den Zweck verfolgt, durch zweckmäßige berufliche Ausbildung den Unfallverletzten vor Minderung seiner Erwerbsfähigkeiten behüten bzw. falls eine solche erfolgt ist, sie soweit als irgend möglich zu beseitigen. Nötigenfalls kann Ausbildung in einem neuen Berufe erfolgen. Diese Ausbildung kann wirkungsvoll durch die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, zu denen die Berufsgenossenschaften verpflichtet sind, unterstützt werden (§§ 558b, 558f RVO.).

So kann z. B. durch das Sauerbruchsche Verfahren die Arbeitsfähigkeit in weitem Umfange wieder hergestellt werden. Dieses ganze Gebiet der Berufsfürsorge, das erst seit 1926 zu den Pflichtleistungen der Berufsgenossenschaften gehört, wird — darin besteht kein Zweifel — in der Zukunft als vorbeugende

[1]) Vgl. Lehmann (34).

sozialhygienische Maßnahme bei der Bekämpfung der Unfallfolgen von größter Bedeutung werden.

Als ein weiteres Glied in diesen vorbeugenden Bestrebungen kann hier wohl auch das Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter (21) genannt werden. Danach ist jeder Arbeitgeber verpflichtet, einen gewissen Bruchteil seiner Arbeitsplätze (im allgemeinen 2 auf 100) für Schwerbeschädigte zur Verfügung zu stellen. „Schwerbeschädigte sind alle Deutsche, die infolge einer Dienstbeschädigung oder durch Unfall oder durch beide Ereignisse um wenigstens 50 von 100 in ihrer Erwerbsfähigkeit beschränkt sind und auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes, der vorangehenden Militärversorgungsgesetze oder von Gesetzen, die das Reichsversorgungsgesetz für anwendbar erklärte, oder auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung, des Unfallfürsorgegesetzes vom 18.VI. 1901 (RGBl. S. 211) oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Pension oder auf eine der Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit entsprechenden Rente haben" (§ 3).

Es liegt auf der Hand, daß diese Bestimmungen von ausschlaggebender sozialhygienischer Bedeutung sind. Denn auf deren Grund ist es ganz anders möglich, Menschen, die infolge Unfall usw. in ihrer Erwerbsfähigkeit herabgesetzt sind, wieder an die Arbeit zu bringen. Damit werden alle die üblen Folgen, die Nichtstun, dauerndes Denken an das Unglück, psychisch und moralisch zur Folge haben und unter Berücksichtigung der menschlichen Seele zur Folge haben müssen, im Keime erstickt[1]).

So bedeutungsvoll und wichtig auch, vom sozialhygienischen Standpunkte aus betrachtet, alle diese Maßnahmen sind, so sind natürlich die geldlichen Leistungen der Berufsgenossenschaften auch von außerordentlicher Wichtigkeit. Sie standen bei Beginn der Unfallversicherung ganz im Vordergrunde und erst entsprechend der Bedeutung, die die vorbeugenden Maßnahmen in unserem ganzen sozialhygienischen Denken gewonnen haben, sind den geldlichen Entschädigungen die genannten Bestimmungen über Unfallschutz, Heil- und Berufsfürsorge ebenbürtig an die Seite getreten.

Während der Behandlungszeit haben die Verletzten ähnliche Ansprüche an Krankengeld usw. wie jedes Krankenkassenmitglied. Solange die Berufsgenossenschaft Heilanstaltspflege gewährt, besteht kein Anspruch gegen die Krankenkasse. Während dieser Zeit sind stets die Leistungen der Unfallversicherung (Familiengeld, Tagegeld, besondere Unterstützungen) zu gewähren.

Was nun die Bestimmungen über die Gewährung einer Rente betrifft, so ist hier nicht der Ort, auf die Einzelheiten der umfangreichen Vorschriften (§ 559ff. RVO.) einzugehen. Eine kurze Übersicht findet sich bei Lohmar (Jahrbuch der Krankenversicherung 1925, S. 198 und 199).

Es ist auch weiter nach dem eingangs Gesagten kein Wort darüber zu verlieren, daß die Sicherung der Lebensnotwendigkeiten für alle die, die infolge eines Unfalles oder einer Gewerbekrankheit in ihrer Erwerbsfähigkeit teilweise oder ganz beschränkt sind, eine soziale und ethische Selbstverständlichkeit ist, die unmittelbar durch die industrielle Wirtschaftsform bedingt wird. Wenn tatsächlich die Unfallgesetzgebung eine die Unfallverletzten demoralisierende Rentensucht hervorgerufen haben sollte, so kann sich das nur auf einzelne Fälle beziehen, in denen die Tatsache des Rentenanspruches zu einer demoralisierenden Rentensucht geführt hat; die Behauptung, daß Rentenhysterie und Rentenneurose eine *allgemeine und überaus häufige* Folgeerscheinung des Rentenverfahrens seien, ist durchaus nicht bewiesen. Im übrigen haben auch die erwähnten Einzelfälle nichts

[1]) Allerdings ist auch dieses Gesetz zum Teil ungünstig beurteilt worden [Weiler (49).]

mit der Sache als solcher zu tun, sondern beweisen nur, daß das Verfahren der Rentenfestsetzung, wie alles Menschenwerk, Fehler aufweist, die gegebenenfalls zu beseitigen wären. Es ist also notwendig, diejenigen gesetzlichen oder verwaltungsmäßigen Vorkehrungen zu treffen, die geeignet sind, bestehende Nachteile nach Möglichkeit zu beschränken. Durch die grundsätzliche Stellungnahme des RV.-Amtes zur Entschädigungspflicht für Unfallneurosen (A. N. 1926, S. 480ff. Z. 3238 und „Berufsgenossenschaft" 1927, Nr. 1 und 2) ist — so will es uns scheinen — in weitgehendem Maße den Wünschen der Fachleute auf diesem Gebiete Rechnung getragen worden und damit auch für Einzelfälle der demoralisierenden Rentensucht nach Möglichkeit vorgebeugt worden. Der allgemeine Teil jener grundsätzlichen Entscheidung lautet wörtlich: „Hat die Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten ihren Grund lediglich in seiner Vorstellung, krank zu sein, oder in mehr oder minder bewußten Wünschen, so ist ein vorangegangener Unfall auch dann nicht eine wesentliche Ursache der Erwerbsunfähigkeit, wenn der Versicherte sich aus Anlaß des Unfalls in den Gedanken, krank zu sein, hineingelebt hat, oder wenn die sein Vorstellungsleben beherrschenden Wünsche auf eine Unfallentschädigung abzielen, oder die schädigenden Vorstellungen durch ungünstige Einflüsse des Entschädigungsverfahrens verstärkt worden sind."

Hier soll zum Schluß eine Übersicht über die geldlichen Leistungen (2) gegeben werden, die von der Unfallversicherung jährlich aufgebracht werden. Allerdings beziehen sich die nachfolgenden Zahlen zum Teil auf das Jahr 1925, also bevor das 2. Gesetz über Änderung der Unfallversicherung vom 14. VII. 1925 sich ausgewirkt hatte.

Im Jahre 1913 betrug der Aufwand für Entschädigungen jeglicher Art 176 638 148 Mark, 1925 bei verkleinertem Reichsgebiet 178 739 589 Reichsmark, trotzdem die Zahl der tatsächlich entschädigten Unfälle, wie oben schon angeführt, zurückgegangen war. Die Gesamtaufwendungen der Träger der Unfallversicherung betrug 1913 228 Millionen Mark und 1925 226 Millionen Reichsmark.

Für 1926 werden die gesamten Aufwendungen auf 306 Millionen Reichsmark geschätzt. Diese Summe verteilt sich auf Entschädigungsleistungen in Höhe von 260 Millionen Reichsmark, Aufwendungen für Unfallverhütung, für Unfalluntersuchungen, für Rechtsgang und für Verwaltung auf insgesamt 46 Millionen Reichsmark.

Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, daß die Entschädigungsleistungen noch bei weitem überwiegen. Es muß aber angestrebt werden, daß durch Unfallschutz, Heilfürsorge, Berufsfürsorge, die Entschädigungsleistungen im Verhältnis zu den Aufwendungen für die letztgenannten Zweige der Unfallversicherung sinken; dann wird die Unfallversicherung noch mehr als heute den Ansprüchen der Sozialhygiene, die vor allem vorbeugende Arbeit leisten will, entsprechen.

3. Invalidenversicherung.

Die Leistungen der Invalidenversicherung gliedern sich in *Pflichtleistungen* und *freiwillige Leistungen*. Die Pflichtleistungen sind die Renten: Invaliden-, Witwen- und Waisenrenten; sie beruhen mehr oder weniger auf dem Grundsatz des Schadenersatzes. Die freiwilligen Leistungen sind solche der vorbeugenden Fürsorge, der Schadenverhütung, auf deren Gewährung zwar die Versicherten keinen Anspruch haben, bei deren Gewährung aber nicht das freie, sondern das *pflichtmäßige* Ermessen der Landesversicherungsanstalten maßgebend sein muß, getragen von dem Bewußtsein, im Interesse der Volksgesundheit nach Maßgabe der verfügbaren Mittel das Höchstmögliche zu leisten. Das schadenverhütende Wirken der Landesversicherungsanstalten an Erwachsenen und Kindern hat sich zu einem bedeutenden Faktor in der Volksgesundheitspflege entwickelt und nicht nur die Hebung der hygienischen, der sozialen und wirtschaftlichen Lage der von

ihrer Fürsorge umfaßten Kreise bewirkt, sondern auch auf die allgemeine Volksgesundheitspflege befruchtend gewirkt. Somit liegt gerade in diesem umfassenden Zweige der Tätigkeit der Landesversicherungsanstalten ein wichtiger Kulturfaktor, der auch in der wissenschaftlichen Arbeit der Heilstättenärzte zum Ausdruck kommt, welche nicht nur den einzelnen Fall behandeln, sondern an der Hand des reichen Krankenmaterials weiter forschen, wissenschaftlich weitere Wege in der Bekämpfung der Krankheiten, insbesondere der Volkskrankheiten, zu ergründen suchen, die unmittelbar den kranken Versicherten und mittelbar den übrigen Volkskreisen zugute kommen. Die Tätigkeit der Landesversicherungsanstalten auf dem Gebiete der freiwilligen Leistungen zerfällt in das Heilverfahren für Erwachsene und für Kinder, die Kinderfürsorge, die Landkrankenpflege, die Invalidenheim- und Waisenhauspflege u. dgl. Eng verbunden mit all diesen Fragen ist auch die des Arbeiterwohnungsbaues und der sonstigen, der Arbeiterwohlfahrt dienenden Bestrebungen, denen die Landesversicherungsanstalten ebenfalls ihre kraftvolle Unterstützung haben zuteil werden lassen.

Auf dem Gebiete des Heilverfahrens sind es besonders die großen Volkskrankheiten — die Tuberkulose in allen ihren Formen, die Trunksucht, die Geschlechtskrankheiten —, gegen welche die Landesversicherungsanstalten vermöge ihrer vor dem Kriege sehr bedeutenden Mittel den Kampf aufgenommen haben. Das Mit- und Zusammenarbeiten mit den Ärzten zum Zwecke der Förderung der gesundheitlichen Verhältnisse der Versicherten hat zweifellos auch der Förderung der ärztlichen Wissenschaft dadurch gedient, daß die Landesversicherungsanstalten das ihrige dazu beigetragen haben, um die genialen Taten von Robert Koch und von Röntgen an der Hand eines reichen Krankenmaterials in die Tat, in die Praxis, umzusetzen. Der Förderung der ärztlichen Wissenschaft, der Erprobung neuer Heilmethoden durch Bereitstellung von Mitteln, der Förderung der Volksgesundheitspflege im allgemeinen und speziell der der Versicherten, haben die Landesversicherungsanstalten auch gegenüber anderen die Volksgesundheit bedrohenden schweren Krankheiten, so des Krebses und des Lupus, ihre Dienste gewidmet, sei es, daß es sich darum handelte, Gelder zu bewilligen, um den Forschern z. B. die Anschaffung von Mesothorium und Radium zu ermöglichen, sei es, um Hand in Hand mit der Technik die neuesten Apparate auf dem Gebiete des Röntgenverfahrens und der Bestrahlungstherapie zur Verfügung zu stellen, sei es auch durch direkte Übernahme der Kosten der Behandlung, z. B. bei der der chirurgischen Tuberkulose, bei der Insulinbehandlung der Zuckerkranken oder durch entsprechende Förderung neuer Heilmethoden. Sie haben es sich auch angelegen sein lassen, möglichst die auf Volksgesundheit gerichteten Einrichtungen und Bestrebungen, so z. B. was Mütterberatung und Säuglingsschutz, Kleinkinderfürsorge, Landkrankenpflege und Tuberkulosenfürsorgestellen, Wohnungsfürsorge, Hauspflege u. dgl. betrifft, zu fördern und zu stützen, auch anregend und befruchtend zu wirken.

Zur Bekämpfung der Volksseuchen haben sie wesentlich dadurch beigetragen, daß sie durch Zuschüsse und regelmäßige Beihilfen die Einrichtungen von Tuberkulosefürsorgestellen, Trinkerfürsorgestellen und Beratungsstellen für Geschlechtskranke ermöglichten.

Die Befugnis, das Heilverfahren im Einzelfalle zu übernehmen, ergab sich aus den §§ 1269 und 1305 RVO, die Befugnis der allgemeinen Heilfürsorge stützt sich auf § 1274 RVO., der der Versicherungsanstalt in ganz allgemeiner Form die Möglichkeit gab, Mittel aufzuwenden, „um allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen".

Es dürfte von Interesse sein, durch Zahlenangaben einen Einblick in diese Tätigkeit der Landesversicherungsanstalten zu gewinnen.

Schon vor dem Kriege verwendeten sie einen großen Teil ihres Vermögens zu gemeinnützigen Zwecken, insbesondere zum Bau von Arbeiterwohnungen[1]).

Das Gesamtvermögen betrug Ende 1913: 2 105 500 000 Mark.

Von dem Ende 1911 bestehenden Gesamtvermögen waren angelegt:

für gemeinnützige Zwecke		1023000000 M.
und zwar		
für Heilanstalten, Erholungs- und Genesungsheime usw.	547000000 M.	
für Arbeiterwohnungen	362000000 „	
für landwirtschaftlichen Kredit	114000000 „	
für sonstige Zwecke		737000000 „
	Insgesamt	1760000000 M.

Über die Entwicklung der freiwilligen Leistungen der Träger der Invalidenversicherung nach dem Kriege liegen ausführliche Angaben in der 1927 erschienenen „*Statistik der Heilbehandlung* bei den Trägern der Invalidenversicherung für das Jahr 1925" (45) vor, der Material der 29 Landesversicherungsanstalten und 6 Sonderanstalten einschließlich der Reichsknappschaft zugrunde liegt. Auf diese stützen sich die nachfolgenden Angaben[2]):

Tabelle 8. *Umfang und Kosten der Heilbehandlung, sowie Aufwendungen gemäß § 1274 RVO. der Träger der Invalidenversicherung* (45).

Jahr	Behandelte Personen	Gesamtkosten der Heilbehandlung: überhaupt	Davon ersetzt durch Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Gemeinden, d. Reichs-V. A. f. Angestellte usw.	Von den Gesamtkosten entfallen auf Hausgeld	Es verbleiben somit an Heilbehandlungskosten (Spalte 3 weniger Spalte 4)	Für allgemeine Maßnahmen gemäß § 1274 d. R.V.O. aufgewendete Mittel	Sonstige Aufwendungen	Gesamtausgabe für Heilverfahren: überhaupt (Spalte 3, 7 und 8)	Nach Abzug der Ersatzleistungen (Spalte 9 weniger Spalte 4)
		RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1897	10564	2011149	179273	50254	1831876	—	—	—	—
1900	27427	6210720	948059	506773	5262661	—	—	—	—
1905	56420	14448005	2820930	1692936	11627075	225957	—	14673962	11853032
1910	114310	26593569	5535665	3613360	21057904	624626	339935	27558130	22022465
1913	153636	34128088	8023177	4889804	26104911	1359463	308896	35796447	27773270
1925	210478	41579092	12039862	4821804	29539230	7007904	555877	49142873	37103011

Wie aus vorstehender Tabelle ersichtlich, sind im Jahre 1925 von den Trägern der Invalidenversicherung 210 478 Personen, und zwar 125 901 Männer und 84 577 Frauen in Heilbehandlung, und zwar ständige und nichtständige, genommen worden. Unter ständiger Heilbehandlung wird hierbei jedes planmäßige Heilverfahren in Lungenheilstätten und Heilanstalten, in der Wohnung des Versicherten, sowie *länger andauernde* Behandlung in der Sprechstunde des Arztes, unter „nichtständiger Heilbehandlung" die Behandlung in der Sprechstunde des Arztes, sowie alle einmaligen oder vorübergehenden Maßnahmen (Gewährung von Arzneien, Zahnersatz, künstlichen Gliedern usw.) verstanden. Die Kosten dieses Verfahrens betrugen insgesamt 41 579 092 Reichsmark.

[1]) Die deutsche Sozialversicherung. Merkblatt des RV. Amts zur Gesolei 1926, S. 6.
[2]) Auch Tabellen 8—15 entstammen obengenannten Arbeiten.

Eine Aufteilung dieser summarischen Angaben auf die einzelnen zur Behandlung führenden Krankheiten zeigt nachstehende Tabelle, aus der u. a. hervorgeht, daß von den im Jahre 1925 Behandelten

22,6 % an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose,
0,06 % an Lupus,
0,08 % an Knochen- oder Gelenktuberkulose,
5,53 % an Geschlechtskrankheiten,
71,72 % an anderen Krankheiten litten.

Tabelle 9 (45). *Übersicht über Umfang und Ko*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1
Im Jahre	Überhaupt	I. Lungen- oder Kehlkopftuberkulose						II. Lupus		
		a) ständige Behandlung			b) nichtständige Behandlung					
		Männer	Frauen	zusammen	Männer	Frauen	zusammen	Männer	Frauen	zu sam
										a) Behand
1897	10564	2598	736	3334	27	13	40	—	—	
1900	27427	8442	2652	11094	27	29	56	—	—	
1905	56420	19085	7536	26621	156	57	213	—	—	
1910	114310	30595	15014	45609	913	195	1108	77	112	
1913	153636	34170	18081	52251	493	87	580	116	167	
1925	210478	29565	17734	47299	173	136	309	52	65	
										B. Kosten der H
1897	2011149	767030	257477	1024507	1661	929	2590	—	—	
1900	6210720	2913550	851613	3765163	1025	574	1599	—	—	
1905	14448005	7258261	2421274	9679535	3861	2461	6322	—	—	
1910	26593569	12371332	5044698	17416030	52127	4763	56890	33287	45512	78
1913	34128088	14404997	6207296	20612293	44976	6545	51521	44710	53336	98
1925	41579092	15050375	7234307	22284682	20654	11416	32070	14723	14965	29

Tabelle 10 (45). *Übersicht über die im Besitz der Versicherungsanstalten befindlichen Heilstätten.*

Jahre	Eigene oder gemietete Lungenheilstätten				Sanatorien, Genesungsheime, Krankenhäuser usw.				Zusammen Heilstätten			
	Zahl	Bettenzahl für			Zahl	Bettenzahl für			Zahl	Bettenzahl für		
		Männer	Frauen	Kinder		Männer	Frauen	Kinder		Männer	Frauen	Kinder
1900	9	630	199	—	7	204	174	—	16	834	373	—
1905	26	1908	738	—	21	1123	699	—	47	3031	1437	—
1910	38	3169	1314	—	36	1831	1179	—	74	5000	2493	—
1913	42	3684	1391	—	42	2522	1566	—	84	6206	2957	—
1925[1])	51	4518	2249	394	47	2750	2167	891	98	7268	4416	1285

Übersicht über die seit dem Jahre 1897 in diesen Heilstätten der Versicherungsanstalten verpflegten Personen.

Jahre	Lungenheilstätten					Sanatorien, Genesungsheime, Krankenhäuser usw.				
	Zahl	Zahl der verpflegten			Betriebskosten RM.	Zahl	Zahl der verpflegten			Betriebskosten RM.
		Männer	Frauen	Kinder			Männer	Frauen	Kinder	
1	2	3			4	5	6			7
1897	3	271	—	—	79943	2	294	25	—	95084
1900	9	2303	473	—	792905	7	814	200	—	298955
1905	26	7233	2534	—	3978042	21	4643	3455	—	1170578
1910	38	16978	6241	—	7799173	36	15297	7750	—	2702951
1913	42	19549	6773	—	8800430	42	22767	10755	—	4321538
1925[1])	51	24279	12166	1925	13669732	47	29692	15577	5140	8782154

[1]) Heutiges Reichsgebiet.

Während aber von den an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose Erkrankten 47299 (29565 Männer, 17734 Frauen) = 99% in ständiger Heilbehandlung standen, waren dies bei den „anderen Kranken" nur 29%.

Um die für den Erfolg einer Heilstättenkur so wichtige psychische Ruhe zu erzielen, zahlten 24 jener 35 Träger der Invalidenversicherung ein in verschiedenem Ausmaße erhöhtes Hausgeld, wobei die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz mit dem vierfachen des gesetzlichen Betrages führend ist.

Heilbehandlung in den Jahren 1897—1925.

12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
III. Knochen- oder Gelenktuberkulose			IV. Geschlechtskrankheiten			V. Andere Krankheiten					
						a) ständige Behandlung			b) nichtständige Behandlung		
über	Frauen	zusammen	Männer	Frauen	zusammen	Männer	Frauen	zusammen	Männer	Frauen	zusammen
konen:											
—	—	—	—	—	—	4082	1806	5888	1120	182	1302
—	—	—	—	—	—	8755	5276	14031	1722	524	2246
—	—	—	—	—	—	13098	9224	22322	4633	2631	7264
—	—	—	—	—	—	22169	15832	38001	15779	13624	29403
—	—	—	—	—	—	28630	20791	49421	26387	24714	51101
93	71	164	8259	3371	11630	25599	17956	43555	62160	45244	107404
andlung in Mk. (RM.):											
—	—	—	—	—	—	688987	270418	959405	19233	5414	24647
—	—	—	—	—	—	1554778	834288	2389066	37349	17543	54892
	—	—	—	—	—	2890760	1592432	4483192	167561	111395	278956
—	—	—	—	—	—	5243009	2854785	8097794	491881	452175	944056
—	—	—	—	—	—	7265146	3895545	11160691	1080294	1125243	2205537
135	35756	98891	473331	235904	709235	8006304	4557840	12564144	3261551	2598831	5860382

Zur *Durchführung* der ständigen Heilbehandlung standen den Trägern der Invalidenversicherung 1925 51 *Lungenheilstätten* und 47 *Sanatorien* usw., insgesamt also 98 eigene oder gemietete Heilanstalten mit 12 969 Betten (einschließlich 1285 Kinderbetten) zur Verfügung (Tab. 10), in denen 1925 53 971 Männer, 27 743 Frauen, 7065 Kinder, insgesamt 88 779 Personen verpflegt wurden. Die Verpflegungsdauer betrug bei Lungen- oder Kehlkopftuberkulose 1925 sowohl bei Männern, Frauen und Kindern durchschnittlich 70 Tage. Außerdem werden noch fremde Heilstätten in großem Ausmaße benutzt. In etwa 500 Heilstätten wurden 1925: 19 242 Tuberkulose und 25 041 andere Kranke, insgesamt also 44 283 Personen untergebracht.

Für Lungenkranke, die wegen ihres Zustandes oder aus anderen Gründen einer Heilstättenbehandlung nicht zugeführt werden können, haben viele Landesversicherungsanstalten Walderholungsstätten eingerichtet. Sie ermöglichen es einer weiteren Anzahl von Kranken, am Tage den Genuß frischer Luft und guter Verpflegung zuteil werden zu lassen; wenigstens am Tage sind diese Kranken vor den Schäden des häufigen Wohnungselendes geschützt und vor allem auch als Ansteckungsherd für ihre Umgebung ausgeschaltet. Über die Walderholungsstätten gibt die folgende Tabelle 15 Auskunft, die allerdings einen bedeutenden Rückgang gegenüber der Vorkriegszeit erkennen läßt.

Unter den verschiedenne Krankheiten, die von den Trägern der Invalidenversicherung in Heilstätten behandelt werden, steht die *Tuberkulose* an erster Stelle[1]).

[1]) Bezüglich der Tuberkulosebekämpfung muß auf Teleky: „Die Tuberkulose" (dieses Handbuch Bd. III) verwiesen werden.

Tabelle 11 (45). *Übersicht über die in Walderholungsstätten durchgeführten Behandlungen.*

Jahr	Zahl der verpflegten Personen			Zahl der Verpflegungstage			Kostenaufwand			Anzahl der benutzten Walderholungsstätten
	Männer	Frauen	zusammen	für Männer	für Frauen	zusammen	für Männer RM.	für Frauen RM.	zusammen RM.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Insgesamt 1925	598	444	1042	21993	14034	36027	138797	49306	188103	17
Dagegen im Jahre 1913[1])	1959	1873	3832	54898	56086	110984	115411	110877	226288	61
1910[1])	1421	1345	2766	42229	41432	83661	102980	67002	169982	41
1905[1])	266	48	314		—	—	—	—	—	—

Waren doch von jenen 88 779 Personen, die 1925 in eigenen oder gemieteten Heilstätten der Träger der Invalidenversicherung behandelt wurden, 38 370 wegen Tuberkulose in ständiger Heilbehandlung.

Daß die großen Aufwendungen, die bei der Heilstättenbehandlung der Tuberkulose gemacht werden, zweckentsprechend angelegt sind, geht u. a. aus einem Bericht der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz (12), S. 689[2]), hervor.

„Mit den erzielten Erfolgen kann die Versicherungsanstalt Rheinprovinz zufrieden sein. Bei der Entlassung wird in 85% der behandelten Fälle ein Dauererfolg verzeichnet. Wenn dieser Dauererfolg vielleicht nicht allzulange in dieser Höhe anhält, so haben doch die in früheren Jahren immer wieder erfolgenden Nachprüfungen ergeben, daß nach 10—15 Jahren immerhin noch ein Dauererfolg der aus der Kur Entlassenen von etwa 50% zu verzeichnen ist."

In der Bekämpfung der Tuberkulose als Seuche ist die Ausschaltung ansteckender und unheilbarer Kranker von größter Wichtigkeit. Äußerst erfolgreich, wenn auch entsprechend der damaligen Zeit äußerst grausam, hat das Mittelalter die Lepraseuche durch die Ausstoßung der Kranken aus der menschlichen Gesellschaft bekämpft.

Unsere humane Zeit kann sich natürlich nicht solcher Mittel bedienen, leider fehlen aber bis heute überhaupt gesetzliche Mittel, um ansteckende Tuberkulöse zwangsweise isolieren zu können. Der Versuch der Träger der Invalidenversicherung, lungenkranke Rentenempfänger in geeigneten Anstalten, besonders Land-

Tabelle 12 (45). *Umfang und Kosten der Heilbehandlung weg*

Jahr	Im Jahre 1925 abgeschlosse: behandelte Personen					von den überhaupt Behandelten (Spalte 4) litten an				Verpflegungstag	
	in Krankenhäusern usw. untergebracht	Ambulatorisch behandelt	Zusammen (Spalte 2 und 3)	davon vor Abschluß des Heilverfahrens entlassen	mithin verbleiben (Spalte 4 weniger Spalte 5)	Syphilis	Tripper	Syphilis und Tripper	anderen Geschlechtskrankheiten	der in Krankenhäusern usw. untergebrachten Personen (vgl. (Spalte 2)	auf ei behan Perso (Spalte durch Spalte
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Insgesamt 1925	986	10644	11630	1721	9909	5955	4545	454	676	39813	40

[1]) Früheres Reichsgebiet.

[2]) Aus dem Werk „Die Rheinische Provinzialverwaltung, ihre Entwicklung und ihr heutiger Stand", herausgegeben zur Jahrtausendfeier der Rheinprovinz. Düsseldorf 1925.

krankenhäusern (Invalidenheimen) unterzubringen, hat nur zu geringen Erfolgen geführt. 1913 waren 1441 Personen, 1925 nur 749 lungenkranke Rentenempfänger untergebracht, wobei die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz mit 282 Personen noch am besten abschneidet.

Gegenüber der Tuberkulosebekämpfung treten die anderen Krankheiten (rheumatische Erkrankungen, Herzleiden, Diabetes, Krebs, Nervenleiden, Alkoholismus u. a.), die Gegenstand der Behandlung durch die Träger der Invalidenversicherung waren, numerisch zurück. Auf eine eingehende Darstellung muß daher verzichtet werden und auf die einschlägige Literatur, insbesondere auf die erwähnte Statistik der Heilbehandlung bei den Trägern der Invalidenversicherung für das Jahr 1925 und auf die Sonderberichte der einzelnen Landesversicherungsanstalten verwiesen werden. Nur zwei Gebiete seien besonders, wenn auch kurz, hervorgehoben. Die Arbeit der Träger der Invalidenversicherung auf dem Gebiete der Heilbehandlung *von Geschlechtskranken* ist durch die Tabelle 12 besonders beleuchtet.

Angesichts der Ausdehnung der Geschlechtskrankheiten kann dies nur einen Anfang bedeuten. Es steht zu erwarten, daß die Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. II. 1927 (RGBl. I, S. 61) auch auf diesem Gebiete den Landesversicherungsanstalten Gelegenheit geben wird, ihre segensreiche Wirksamkeit auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung zu erweitern, besonders, wenn die Landesversicherungsanstalten durch Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse ihre durch den Verlust ihres Vermögens in der Inflationszeit herbeigeführte finanzielle Schwäche überwinden werden und wenn es ihnen gelingt, für die Mitbehandlung der Nichtversicherten die für diese zuständigen Kostenträger (Landesfürsorgeverbände usw.) mit heranzuziehen.

Dies gilt auch insbesondere, um dies vorwegzunehmen, von dem Ausbau der *Beratungsstellen für Geschlechtskranke*, die von den Landesversicherungsanstalten ins Leben gerufen und unterhalten wurden, zum Teil aber infolge der Not der Zeit geschlossen werden mußten. Die Versicherungsträger verfügten

Ende	1917	über	104	Beratungsstellen
„	1918	„	124	„
„	1919	„	138	„
„	1922	„	185	„

eschlechtskrankheiten aus dem Jahre 1925 bei Männern und Frauen zusammen.

eilbehandlung

Kostenaufwand						davon sind				
	für die in Krankenhäusern usw. untergebrachten Personen (vgl. Spalte 2)			für die ambulat. behandelten Personen (vgl. Spalte 3)		Hausgeld			ersetzt durch Krankenkassen, Gemeinden usw.	
über-haupt	überhaupt	für eine behand. Person (Spalte 14 durch Spalte 2)	für einen Verpflegungstag (Spalte 14 durch Spalte 11)	überhaupt	für eine behand. Person (Spalte 17 durch Spalte 3)	für die in Krankenhäusern usw. untergebrachten Personen (vgl. Spalte 14)	auf eine behand. Person (Spalte 19 durch Spalte 2)	auf einen Verpflegungstag (Spalte 19 durch Spalte 11)	überhaupt	auf 100 RM. des Kostenaufwandes (Spalte 13)
RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
09 235	123 107	124,85	3,09	586 128	55,07	3 170	3,22	0,08	288 138	40,63

Dann wurden 86 Beratungsstellen geschlossen; allmählich konnten aber wieder eine Anzahl von ihnen geöffnet werden, so daß 1925 164 Beratungsstellen, und zwar 138 eigene und 26 unterstützte Beratungsstellen in Betrieb waren. Über

die Tätigkeit der Beratungsstellen für Geschlechtskranke gibt die folgende Tabelle Auskunft.

Tabelle 13 (45).

Es wurden als geschlechtskrank gemeldet:

1922	106763	Personen
1924	48022	„
1925	71198	„

Von diesen als geschlechtskrank gemeldeten Personen wurden als tatsächlich geschlechtskrank befunden:

Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.

Geschlechtskrankheiten	Männer			Frauen			Kinder unter 14 Jahren		
	1922	1924[1])	1925	1922	1924[1])	1925	1922	1924[1])	1925
Syphilis	25297	7896	13079	21523	6959	12230	1642	564	1200
Tripper	15008	5201	11278	6977	2813	5539	448	182	393
Syphilis u. Tripper	1361	455	717	1745	584	1091	7	1	7
Andere	2255	1112	1624	923	565	642	121	62	99
Zusammen	43921	14664	26698	31168	10921	19502	2218	809	1699

Gute Erfolge wurden auch erzielt durch die in Gefängnissen von den Landesversicherungsanstalten eingerichteten Hilfsberatungsstellen, bei denen die anschließende Behandlung mit staatlichen Mitteln durchgeführt wurde.

Eine Sanierung des Gebisses, die nur dann durch die Landesversicherungsanstalten erfolgen darf, wenn dadurch Invalidität vermieden wird, ist 1925 in 103 776 Fällen erfolgt.

Durch die Heilbehandlung verschiedener Art kann nur ein relativ geringer Teil der Kranken erfaßt und der Heilung zugeführt werden; viel wichtiger erscheint es, durch vorbeugende Maßnahmen, wie schon oben angedeutet, die verschiedenen Krankheiten überhaupt nicht zum Ausbruch kommen zu lassen oder im Keime (z. B. Frühdiagnose und Frühbehandlung der Tuberkulose) zu ersticken. Dies gilt insbesondere für die Tuberkulose. Auch bei dieser muß, wie bei jeder Seuche, als Ziel der Bekämpfung angestrebt werden, daß die Krankheit überhaupt verschwindet. Dabei handelt es sich um keine Utopie, sondern um ein Ziel, das zu erreichen ist, wenn vielleicht auch noch Generationen bis dahin vergehen werden.

Die Träger der Invalidenversicherung haben sich die Bedeutung aller *vorbeugenden Maßnahmen* erkennend, bewußt in den für- und vorsorgenden Dienst der sozialen Hygiene gestellt und gestützt auf § 1274 RVO. einen Teil ihrer Mittel (1925: 7 Millionen Reichsmark) (45) diesem Zweck zur Verfügung gestellt.

Von dieser an sich angesichts des Gesamtetats nicht sehr großen Summe entfallen erfreulicherweise 4 176 144 Reichsmark auf die Bekämpfung der Tuberkulose; 1,5 Millionen Reichsmark davon sind zur Errichtung und Ausgestaltung von Lungenfürsorgestellen verwendet worden; dies ist durchaus berechtigt, denn die Voraussetzung einer systematischen und erfolgreichen Bekämpfung der Tuberkulose als Seuche ist die Erfassung möglichst vieler, insbesondere aller ansteckenden Tuberkulösen. Gute Tuberkulosefürorgestellen sind in diesem Sinne auch eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Wirksamkeit des Gesetzes über die Bekämpfung der Tuberkulose, wie es eine Anzahl von Ländern erlassen haben. Reichsgesetzliche Regelung allerdings wäre erwünscht, vor allem müßte jeder Fall von Tuberkulose, nicht nur jeder ansteckende Fall von Tuberkulose, wie jetzt nach dem preußischen Gesetz, meldepflichtig sein[2]). Weiterhin ist besonders auch auf die Zusammenarbeit der Landesversicherungsanstalten mit den Tuber-

[1]) Ohne 6916 von der LVA. Berlin ermittelte geschlechtskranke Personen, über die nähere Angaben fehlten.

[2]) Eine Revision des preußischen Gesetzes steht bevor.

kulosefürsorgestellen hinzuweisen[1]); im allgemeinen werden den letzteren von ersteren alle Tuberkulosefälle, die den Landesversicherungsanstalten bekannt werden, gemeldet.

Ein Teil der für „sonstige Zwecke" aufgewendeten Mittel ist sicherlich indirekt dadurch der Tuberkulosebekämpfung zugute gekommen, daß damit der *Wohnungsbau* unterstützt worden ist. Schon vor dem Kriege haben die Landesversicherungsanstalten große Summen für den Bau von Arbeiterwohnungen angelegt in der richtigen Erkenntnis, daß schlechte Wohnungen und schlechte Gesundheitsverhältnisse meist Hand in Hand gehen, ja, daß man mit einem gewissen Rechte im Wohnungselend die Wurzel aller sozialhygienischen Not sehen kann. Vor allem hat auch hier wieder die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz vorbildlich gearbeitet; bis 1925 war durch deren Darlehn der Bau von 20 000 Familienwohnungen ermöglicht worden.

Wegen der Verwendung der übrigen Summen nach § 1274 RVO. sei nochmals auf nebenstehende Tabelle 14 hingewiesen; zum Teil treten diese Summen auch bei der *Kinderfürsorge* in Erscheinung.

Wer die Jugend hat, hat die Zukunft! Dieser Satz gilt ganz besonders auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege. Was man am Kinde mit Heilverfahren tut, spart man am Erwachsenen. Es ist dabei außerordentlich zu begrüßen, daß die Träger der Invalidenversicherung (auch hier gestützt auf § 1274 RVO., soweit nicht § 1277 in Betracht kommt) der Gesundheitspflege der Kinder (*Kinderheilverfahren*) ihrer Versicherten ein ganz besonderes Augenmerk zugewendet haben. Während zunächst nur die Waisen von Versicherten in den Kreis der Betreuung gezogen wurden, wurde seit dem Jahre 1914 auch die Fürsorge für kranke oder erholungsbedürftige Kinder lebender Versicherter in größerem Umfange getrieben. Noch 1913 verfügten die Träger der Invalidenversicherung über keine eigenen Betten für Kinder, 1925 besaßen sie schon 19 Heilstätten mit 1285 Betten. 1925 wurden

[1]) Hier sei auch auf die später noch zu erwähnende „Freie Vereinigung rheinischer Tuberkulosefürsorgestellen" hingewiesen.

Tabelle 14 (45). *Gesamtübersicht über die im Jahre 1925 auf Grund des § 1274 der Reichsversicherungsordnung mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde aufgewendeten Mittel.*

	Es sind aufgewendet worden																			
	A	B						C	D	E	F	G								
		zur Bekämpfung der Tuberkulose						zur Bekämpfung												
	für die Gemeindekrankenpflege	a	b	c	d	e	im Ganzen (Spalte 3—7)	des Alkoholmißbrauchs	der Geschlechtskrankheiten	des Lupus	der Krebskrankheiten	für sonstige Zwecke						Summe der Spalten 9—13	Insgesamt (Spalten 2, 8 u. 14)	
		Zur Errichtung von Heilstätten	zur Errichtung und zum Unterhalte von Walderholungsstätten	zur Errichtung u. zum Unterhalte von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke	zur Entseuchung von Wohnungen	für sonstige Zwecke														
1	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.	RM.							RM.	RM.
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13							14	15
Insgesamt 1925	557 359	101 824	87 630	1 494 926	430	2 491 334	4 176 144	63 122	648 207	3 487	740	1 558 845							2 274 401	7 007 904

in Kinderheilstätten, Walderholungsstätten, Lungenheilstätten, Krankenhäusern, Bädern usw. 35431 Kinder mit einem Kostenaufwand von 2664741 Reichsmark untergebracht.

Tabelle 15 (45). *Gesamtübersicht über die Kinderfürsorge im Jahre 1925.*

	Aufwendungen nach § 1274 der Reichsversicherungsordnung				Waisenfürsorge nach § 1277 der Reichsversicherungsordnung			
		Fürsorge für größere Kinder			Fürsorge für tuberkulöse oder tuberkulosebedrohte Kinder (Unterbringung in Kinderheilstätten, Kinderkolonien, Kindererholungsheimen, Kinderhorten, Bädern usw.)		Fürsorge für andere Waisenkinder (Unterbringung in Waisenhäusern, Erziehungsanstalten, Kinderheimen, bei Familien auf dem Lande usw.)	
	Fürsorge für werdende Mütter und Säuglinge (Zuschüsse an Gemeinden, Wohltätigkeitsanstalten usw.)	unmittelbare Fürsorge zugunsten einzelner Kinder durch Unterbringung in Kinderheilstätten, Walderholungsstätten, Lungenheilstätten, Krankenhäusern, Bädern usw.		Zuschüsse an Gemeinden, Vereine usw. (z. B. für Kindergärten, Schulzahnpflege, Landaufenthalt von Stadtkindern)				
		Zahl der Kinder	Kostenaufwand nach Abzug der Ersatzleistungen		Zahl der Kinder	Kostenaufwand nach Abzug der Ersatzleistungen	Zahl der Kinder	Kostenaufwand nach Abzug der Ersatzleistungen
	RM.		RM.	RM.		RM.		RM.
1	2	3		4	5		6	
Insgesamt 1925	227997	35431	2664741	564022	2694	449015	575	40089

Auch auf diesem Gebiete scheint die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz führend zu sein. Im Jahre 1925 wurden von dieser 7487 Kinderheilverfahren durchgeführt, bei denen in 4035 Fällen ein voller Erfolg, in 3215 Fällen ein teilweiser Erfolg und nur in 237 Fällen kein Erfolg zu verzeichnen war. Ein weiterer Ausbau des Kinderheilverfahrens erscheint dringend erwünscht; insbesondere ist es unbedingt erforderlich, auch das Kleinkindesalter bei der Bekämpfung der Tuberkulose zu berücksichtigen, was heute aus Mangel an entsprechenden Heil- und Erholungsstätten und aus Mangel an Mitteln im allgemeinen nicht geschieht. Hier helfen aber wenigstens die *den* Stellen, welche sich hiermit beschäftigen, von den Landesversicherungsanstalten zur Verfügung gestellten Beihilfen.

Um dem so außerordentlich wertvollen Wirken der Träger der Invalidenversicherung auf dem Gebiete der freiwilligen Leistungen, also der vorbeugenden Fürsorge, der Schadenverhütung, der Heilbehandlung gerecht zu werden, erscheint zum Schlusse ein kurzer Überblick über die Gesamtleistungen der genannten Behörden notwendig (2). Die Zahl der Versicherten in der Invalidenversicherung betrug 1925, wie schon in Tabelle 4 angeführt, ca. 17,5 Millionen. Die Zahl der Rentenempfänger, die Ende 1913 1152000 Personen betrug, hat sich bis heute fast verdreifacht, wobei die Herabsetzung der Altersgrenze auf das 65. Lebensjahr und hinsichtlich der Hinterbliebenenrenten der Krieg die Zahl der Rentenempfänger — neben anderen Gründen — besonders stark hat zunehmen lassen. 1926 wurden 2591000 Rentenempfänger (A.N. S. 95) gezählt, und zwar 1761400 Invaliden-, Alters-, Krankenrentenempfänger, 280500 Witwen-, 549100 Waisen*renten* [1,9 Waisenkinder durchschnittlich auf die Rente][1]).

An Invaliden- und Hinterbliebenenrenten wurden verausgabt in Millionen Mark (Reichsmark):

[1]) Vgl. Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1927, Jg. 43, Nr. 2.

	In den Jahren			
	1913[1])	1924	1925	1926[2])
Insgesamt	188,2	347,8	547,6	711
und zwar zu Lasten der Versicherungsträger	129,7	252,2	386,1	520
an Zuschüssen des Reiches	58,5	95,6	161,5	191

Für *freiwillige Leistungen* wurden von den Versicherungsträgern der Invalidenversicherung im Jahre 1925: 41 287 430 Reichsmark ausgegeben. Dazu kommen noch Verwaltungskosten mit etwa 33 Millionen Reichsmark (2,26 Reichsmark auf den Kopf des Versicherten). Demnach betragen 1925 die Gesamtausgaben der Invalidenversicherung

Rentenzahlungen	520 Mill. RM.
Freiwillige Leistungen und Verwaltung etwa	80 „ „
Summa	600 Mill. RM.

Dazu kommt noch der Rentenzuschuß des Reiches in Höhe von 191 Millionen Reichsmark.

Das neue Gesetz vom 8. IV. 1927 über Leistungen und Beiträge in der Invalidenversicherung bringt ferner neben einer Erhöhung der Beiträge auch Erhöhungen der Rentenleistungen durch Erhöhungen der Steigerungssätze, der Gewährung der Witwenrente an die Witwe bei Vollendung des 65. Lebensjahres, sowie vom 1. IV. 1927 ab unter Abänderung des Art. 71 Abs. 2 und 3 des Einf.-Gesetzes zur RVO. Gewährung des Kinderzuschusses und der Hinterbliebenenfürsorge, wenn der Anspruch auf die Invalidenrente bis zum 1. I. 1924 bestand.

Es handelt sich also um eine gewaltige Summe; ungerecht wäre es, sie als soziale „Last" zu bezeichnen. Denn einerseits sind die Renten nichts als die Zinsenzahlung einer erzwungenen Spartätigkeit, durch die Hunger und Elend von vielen Tausenden ferngehalten wird, auf der anderen Seite bilden die Aufwendungen für freiwillige Leistungen durch Erhaltung der Arbeitsfähigkeit einen wirtschaftlichen Wert, dessen Größe weit über die Aufwendungen herausgeht. Auch hier besteht kein Gegensatz zwischen Sozialpolitik und Wirtschaftspolitik, nur insofern ein gradueller Unterschied, als erstere nichts anderes als Wirtschaftspolitik auf weite Sicht ist.

4. Angestellten- und Knappschaftsversicherung.

Neben den drei großen Gebieten der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung haben Angestellten- und Knappschaftsversicherungen in sozialhygienischer Hinsicht insofern geringere Bedeutung, als durch diese nur besondere Bevölkerungsgruppen erfaßt werden, ohne daß der Gegenstand der Versicherung im wesentlichen ein anderer ist[3]).

a) Angestelltenversicherung.

Der Angestelltenversicherung gehören alle Angestellten an, deren Jahresarbeitsverdienst 6 000 Reichsmark nicht übersteigt (bis 1925: 4000 Reichsmark). 1913 gehörten ihr 1,5 Millionen, 1925 und 1926: 2,8 Millionen Versicherte an (A. N. RVA. 1927, S. 156). Die Beitragseinnahme, die 1913 138 Millionen betragen hatte, erreichte 1925 die Summe von 186 Millionen Reichsmark und ist für 1926 auf 245,8 Millionen Reichsmark (A. N. RVA. 1927, S. 164) veranschlagt (18).

[1]) Altes Reichsgebiet.
[2]) Vorläufige Zahlen.
[3]) Literatur s. Düttmann-Bülow (18): Die deutsche Sozialversicherung, Merkbl. des RVA. (15); Bericht des Direktoriums der R. f. A. über das Geschäftsjahr 1925 (9).

Als Regelleistung erhält jeder Versicherte vom 65. Lebensjahre an ein Ruhegeld. Ferner erhalten beim Tode eines Versicherten die Hinterbliebenen eine Rente — und zwar erhält die Witwe im Gegensatz zur Invalidenversicherung — eine solche, auch wenn sie nicht berufsunfähig ist; erwerbsunfähige Witwer haben nur dann Anspruch auf eine solche, wenn sie bedürftig sind, und wenn die verstorbene versicherte Ehefrau den Lebensunterhalt der Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat; den Kindern eines Versicherten steht unter bestimmten Bedingungen eine Waisenrente zu. 1925 betrug die Zahl der laufenden Renten (ohne Reichsknappschaft) an Ruhegeldern 36 030 (1926: 50 382), an Witwenrenten 26 025 (1926: 33 479), an Waisenrenten 21 229 (1926: 24 073) (A. N. RVA. 1927, S. 157/158). Hierfür wurde 1925 43,8 (1926: 53,2) Millionen Reichsmark + 3 Millionen Reichsmark des Reichsknappschaftsvereins (Abteilung für Angestelltenversicherung) verausgabt (15), wozu noch zu bemerken ist, daß der Ruhezustand noch nicht erreicht ist.

Die Durchschnittshöhe eines Ruhegeldes aus der Angestelltenversicherung ohne Steigerungbetrag aus der Invalidenversicherung und ohne Kinderzuschuß beträgt monatlich 53 Reichsmark, die Durchschnittshöhe einer Witwenrente 31 Reichsmark und die Durchschnittshöhe einer Waisenrente 26 Reichsmark.

So bedeutungsvoll diese Regelleistungen auch sind, so interessieren hier doch besonders die freiwilligen Leistungen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, da diese eine besondere sozialhygienische Bedeutung haben. Wie die Träger der Invalidenversicherung, führt auch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte Heilbehandlungen verschiedener Art durch. Die Zahl der ständigen und nichtständigen Heilverfahren betrug:

1913	6892	Personen
1922	31501	„
1924	23690	„
1925	49049	„

Davon erhielten — und zwar nach denselben Grundsätzen wie bei der Invalidenversicherung — Zahnersatz: 1913 1963, 1925 19 038 Personen.

Die Zahl der ständigen Heilverfahren, die — zum Teil aus dem Jahre 1924 übernommen — im Jahre 1925 durchgeführt wurden, betrug 29 215 (9). Sie wurden durchgeführt in:

Lungenheilstätten	in	10211	Fällen =	34,9% [1]
Sanatorien	„	11944	„ =	40,9%
Bädern	„	6130	„ =	21 %
Spezialärztliche Behandlung	„	222	„ =	0,8%
Unter Zuschußgewährung seitens der Reichsvers.-Anstalt für Angestellte	„	708	„ =	2,4%
Summe:		29215	Fälle =	100% (9)

In 20086 Fällen wurde außerdem ein Zuschuß zu den Kosten von Zahnersatz und größeren Heilmitteln gewährt (18).

Die durchschnittliche Dauer der Kuren betrug in den Lungenheilstätten 80, in den Sanatorien 33, in den Bädern 30 Tage. Zur Durchführung der Heilstättenbehandlung standen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte Ende 1925 4 eigene Sanatorien mit 463 Betten zur Verfügung, außerdem benutzte sie zur Durchführung ihrer Heilverfahren 54 Lungenheilstätten, 31 Sanatorien und 9 Bäder.

Die Aufwendungen für die Heilbehandlung einschließlich des Kinderheilverfahrens werden für 1925 mit 12 Millionen Reichsmark beziffert, wozu noch

[1]) Im zehnjährigen Durchschnitt wurden wegen Tuberkulose bei Männern in 44,8%, bei Frauen in 37,6% Heilverfahren durchgeführt (2).

die Aufwendungen des Reichsknappschaftsvereins (Abteilung für Angestellte) mit 450 000 Reichsmark kommen; 1926 betrug der Aufwand der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 16 Millionen Reichsmark.

Ganz neuerdings hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auch das Kinderheilverfahren, das sie bisher nur Waisenrentenempfängern gewährte, „auf tuberkulöse, tuberkulosegefährdete und rachitische Kinder der Versicherten im Lebensalter von 6—16 Jahren ausgedehnt". Sie bedient sich dabei solcher Organisationen, die sich schon bisher mit der Unterbringung von Kindern auf dem Lande oder in Heilstätten befaßt haben. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte trägt die Hälfte der Kosten des Heilverfahrens.

Sicherlich wird auch bei der Reichsversicherungsanstalt das Kinderheilverfahren eine immer stärkere Bedeutung gewinnen und den Umfang annehmen, der ihm als einem der wichtigsten Aktiva im Kampfe gegen die Tuberkulose zukommt. Insbesondere ist auch hier zu wünschen, daß es auf Kinder unter 6 Jahren ausgedehnt wird.

Daß die Reichsversicherungsanstalt auch sonst bei der Bekämpfung der Tuberkulose tatkräftig mitzuarbeiten gedenkt, hat sie 1925 auch durch die Spende von 500 000 Reichsmark zur Unterstützung bestehender oder zur Errichtung neuer Tuberkulosefürsorgestellen bewiesen, über deren Verwendung im einzelnen das Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose zu bestimmen hatte.

Auch durch Beiträge zur Förderung der Krankenpflege auf dem Lande, zur Jugendfürsorge, zur Förderung des Säuglings- und Kleinkinderschutzes, sowie zur Aufklärung der Bevölkerung über Krankheitsverhütung und gesundheitsgemäße Lebensweise hat die Reichsversicherungsanstalt im Rahmen der provinziellen Arbeitsgemeinschaften der Reichsversicherungsträger sozialhygienische Arbeit geleistet und ist damit dem segensreichen Beispiel ihrer älteren Schwester, der Invalidenversicherung, gefolgt.

Dasselbe gilt von der Förderung des Wohnungsbaues. Durch Bewilligung von Darlehen usw. an Länder, Gemeinden und gemeinnützige Bauvereinigungen hat die Reichsversicherungsanstalt seit Beendigung des Krieges den Bau von 20 000 Wohnungen ermöglicht.

b) Die Knappschaftsversicherung.

Die Schaffung des Reichsknappschaftsvereins auf Grund des Reichsknappschaftsgesetzes vom 1. I. 1924 schloß eine jahrhundertlange Entwicklung ab [vgl. hierüber Düttmann-Bülow (18), S. 45ff.] und, dieser Rechnung tragend, wurde die Reichsknappschaft als selbständiger Versicherungsträger neben den übrigen aufgestellt. Die Leistungen der knappschaftlichen Versicherungen umfaßt Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invalidenversicherung für Arbeiter und Angestellte (Angestelltenversicherung); dazu tritt als besondere die Pensionsversicherung für Arbeiter und Angestellte.

In den drei ersten Zweigen sind die Leistungen *im Prinzip*[1]) die gleichen, die sonst auch nach der RVO. gewährt werden; sie haben bei dem entsprechenden Kapitel schon ihre Würdigung gefunden.

Allerdings hat das Reichsknappschaftsgesetz durch das Abänderungsgesetz vom 25. VI. 1926 (RGBl. I S. 291 und 369) Abänderungen erfahren, die in einzelnen Bestimmungen über die entsprechenden der RVO. hinausgehen und zum Teil wohl für die Entwicklung der Sozialversicherung als richtunggebend betrachtet

[1]) Auf Unterschiede z. B. in der Verteilung der Beitragsleistungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, in der Beteiligung der genannten an der Verwaltung usw. kann hier nicht eingegangen werden; es muß auf die entsprechenden Darstellungen im 4. Bande dieses Handbuches verwiesen werden.

werden dürfen. Als sozialhygienisch bedeutungsvoll sollen hier zwei der neuen Bestimmungen herausgehoben werden:

Nach § 22 genannten Gesetzes, der sich mit dem Krankengeld beschäftigt, *muß* für die Ehefrau und jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ein Zuschlag in der Höhe von 10 v. H. des Krankengeldes gegeben werden.

Noch wichtiger ist § 23; sein bedeutungsvollster Teil lautet:

„Versicherte, die einer Bezirksknappschaft oder besonderen Krankenkasse mindestens 3 Monate angehören, wird ärztliche Behandlung und Krankenhauspflege für ihre Ehefrauen und Kinder, soweit ...., in demselben Umfange gewährt, in welchem die Versicherten diese Leistungen beanspruchen. Daneben wird von den Kosten der Arznei die Hälfte erstattet. Die Sondervorschriften können bestimmen, daß von den Kosten der Arznei 70 v. H erstattet werden."

Durch den letzten Paragraphen sind also die in der Einleitung erwähnten Mißstände des alten Reichsknappschaftsgesetzes beseitigt. Beide genannten Paragraphen sind „Muß"-Vorschriften, während die entsprechenden Bestimmungen der RVO. bis jetzt nur „Kann"-Vorschriften sind.

Eine besondere Einrichtung der Reichsknappschaft, die sich aus ihrer historischen Entwicklung erklärt, ist die *Pensionsversicherung*; sie besteht neben den anderen Versicherungen, ist jetzt aber zu diesen auf Grund der neuen Bestimmungen, wenigstens was die geldliche Leistung anbetrifft, in bestimmte Beziehungen gebracht (§ 106 und § 108 des neuen Gesetzes in der Fassung vom 1. VII. 1926).

Die Pensionskasse gewährt als Pflichtleistung an Arbeiter (§ 34):

1. Invalidenpension für Knappschaftsinvaliden;
2. Witwenpension für die Witwen verstorbener Mitglieder und Knappschaftsinvaliden;
3. Waisengeld für Kinder verstorbener Mitglieder und Knappschaftsinvaliden;
4. freie ärztliche Behandlung und Arznei für Knappschaftsinvaliden;
5. eine Beihilfe für die Bestattungskosten der Knappschaftsinvaliden, ihrer Ehefrauen und Kinder, sowie der Empfänger von Witwenpension und Waisengeld, soweit nicht Sterbegeld der Kranken- oder Unfallversicherung gewährt wird.

Invalidenpension erhält:

1. wer das Alter von 65 Jahren vollendet hat oder dauernd berufsunfähig ist;
2. wer nicht dauernd berufsunfähig ist, aber nach Wegfall des Krankengeldes noch berufsunfähig ist, für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit. Unter bestimmten Bedingungen (§ 36) kann auf Antrag die Berufsunfähigkeit auch mit dem Alter von 50 Jahren beginnen.

Daneben können auch auf Grund von Sondervorschriften freiwillige Leistungen gewährt werden. In einem besonderen Abschnitt 5 wird das Heilverfahren in Übereinstimmung mit den entsprechenden Bestimmungen der RVO. geregelt.

Die Bestimmungen der Pensionsversicherung für Angestellte (§ 56) sind ähnlich; nur wird statt der Invalidenpension ein Ruhegeld gewährt. Auch hier kann das Ruhegeld, das ohne weiteres nach Vollendung des 65. Lebensjahres gezahlt wird, auf Antrag vom vollendeten 50. Lebensjahre an nach bestimmten Grundsätzen gewährt werden.

1924, also vor Inkrafttreten des neuen Gesetzes, gehörten der Arbeiterpensionsversicherung des Reichsknappschaftsvereins 724 021, der Angestelltenpensionsversicherung 49 094 Mitglieder an (Jahresdurchschnitt). Am 1. VI. 1926 war die Zahl auf 626 177 bzw. 48 050 gesunken. Die Zahl der Invaliden und Altersspensionäre, der Witwen und Waisen, ist dauernd im Steigen begriffen. Sie betrug am 1. I. 1924 in der Arbeiterabteilung 234 580, am 30. VI. 1926 337 465 Personen, in der Angestelltenabteilung lauteten die entsprechenden Zahlen 7690 und 17 757 (2).

Von der Pensionskasse der Arbeiterabteilung wurden einschließlich der Abfindungen und Begräbnisbeihilfen 1925: 115 932 000 Reichsmark gegenüber 1924: 69 975 000 Reichsmark ausgezahlt, bei der Pensionskasse der Angestelltenabteilung waren die entsprechenden Zahlen 1925: 9 822 000 Reichsmark gegenüber 1924: 4 401 000 Reichsmark. Im ersten Halbjahr 1926 betrugen diese genannten Ausgaben schätzungsweise 62,2 Millionen Reichsmark bzw. 6,5 Millionen Reichsmark, weisen also eine gewaltige Steigerung auf.

Die Gesamtausgaben des Reichsknappschaftsvereins betrugen nach der Statistik in der Denkschrift des Reichsarbeitsministers vom 5. XII. 1925 (13) 1924 schätzungsweise 180,8 Millionen Reichsmark, wobei die Unfallast im Bergbau mit 20 Millionen Reichsmark angegeben wurde. Für 1925 schätzte der Reichsknappschaftsverein auf Grund der Ergebnisse vom Januar bis August die Belastung des Bergbaues für Ausgaben der Sozialversicherung auf 313 Millionen Reichsmark.

Wie sich das neue Gesetz, das trotz seiner sozialhygienischen Verbesserung durch Vermeidung von Doppelzahlungen doch Ersparnisse mit sich bringen soll, auswirken wird, muß die Zukunft lehren.

III. Arbeitsgemeinschaften.

Trotz der großen Aufwendungen auf dem Gebiete der Sozialversicherung, deren Ziel es ist, bei den Versicherten die gesundheitlichen Folgen von Krankheit oder Unfall zu beseitigen bzw. deren Folgezustände durch Renten zu mildern, kann man von einem vollen, befriedigenden Erfolge nicht sprechen, worauf u. a. Schweers[1]) hinweist. Ein Beharrungszustand ist in keiner Hinsicht erreicht, was durch das dauernde Ansteigen der Kosten der Versicherung bewiesen wird — dieser Anstieg ist bei den Arztkosten z. B. prozentual größer als die Vermehrung der Zahl der Versicherten.

Vor allem zeigt sich dies aber in dem Umstande, daß die Zahl der wegen Krankheit oder Unfall vor Erreichung der Altersgrenzen Invalidisierten ein unverhältnismäßig starkes Ansteigen zeigt (vgl. Schweers). Karl Freudenberg[2]) hat 1924 errechnet, daß trotz aller Arbeit der Sozialversicherung und Gesundheitsfürsorge die Verluste unserer Volkswirtschaft durch vorzeitigen Tod von Volksgenossen an Krankheit und Unfall noch immer ungeheuer sind. Der jährlich ausfallende Ertragswert wird auf etwas weniger als 10 Milliarden geschätzt.

Viel wichtiger als *Beseitigung* der Folgen von Krankheit und Unfall muß demnach ihre *Verhütung* sein.

Wie im vorhergehenden wiederholt berichtet worden ist, sind sich die Versicherungsträger schon frühzeitig der Wichtigkeit dieser Aufgabe bewußt geworden und gestützt auf die bahnbrechenden Arbeiten von Grotjahn, Gottstein, Alfons Fischer, Schlossmann, Kaufmann u. a. haben sie die Krankheitsverhütung, soweit dies gesetzlich zulässig war, in ihre Arbeit einbezogen.

Es hat sich dann allmählich die Erkenntnis Bahn gebrochen, daß vorbeugende Arbeit größeren Ausmaßes nur durch Zusammenarbeit mit allen an der Gesundheitserhaltung interessierten Kreisen möglich ist; dies hat zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften geführt.

Die vielfachen Beziehungen auf dem Gebiete des Heilverfahrens, welches insbesondere die Träger der Kranken- und Invalidenversicherung miteinander hatten, gaben nach dem Kriege Anlaß zu dem verstärkten Wunsche einer planmäßigen Zusammenarbeit. Um dem Gedanken dieser Zusammenarbeit greifbaren Ausdruck zu geben und besonders zu verhüten, daß die Versicherungen nebeneinander ohne Fühlungnahme arbeiteten und um zu erreichen, daß die Kräfte mehr zusammengefaßt würden, nicht nur mit Rücksicht auf den Einzelfall, sondern in bezug auf die großen Probleme der Heilfürsorge, der Bekämpfung

[1]) Schweers: Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. Bd. 2, H. 2. 1927. — Eine Besprechung der sozialhygienischen Bedeutung der *Gesundheitsfürsorge* muß, weil nicht zum Thema gehörig, hier unterbleiben.

[2]) Freudenberg, K.: Versuch zur Erfassung der wirtschaftlichen Bedeutung der einzelnen Todesursachen. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 103, H. 1. 1924.

aller der Ursachen, welche Krankheit und Invalidität zur Folge haben konnten, ging man an die Gründung von Arbeitsgemeinschaften der Reichsversicherungsträger[1]) innerhalb des Gebietes einer Landesversicherungsanstalt; in diesen Arbeitsgemeinschaften fanden sich Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, die besonderen Kasseneinrichtungen (Sonderanstalten, Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Reichsknappschaftsverein) zu gemeinsamer Beratung und Arbeit zusammen. Die Arbeitsgemeinschaften beruhen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Das gemeinsame allgemeine Arbeitsgebiet — ohne daß selbstredend in das zur Zuständigkeit der einzelnen Reichsversicherungsträger gehörende Gebiet des Einzelverfahrens eingegriffen wurde — betraf Beratung über gemeinsame Maßnahmen zur gegenseitigen Hilfe, zu gemeinsamen Vorgehen (z. B. hinsichtlich der Preise und Kosten), zu gemeinsamen sozialhygienischen Maßnahmen und zum Abschluß von Vereinbarungen; Lücken im Gesetz in Fällen, in denen die einzelnen Versicherungsträger nicht zuständig waren, konnten auf diese Weise ausgeglichen werden, z. B. die Kostenübernahme bei zweifelhafter Zuständigkeit des einzelnen Versicherungsträgers, bei Erkrankung nichtversicherter Familienangehöriger an Ansteckungskrankheiten, wodurch der Versicherte gefährdet wird, Betreuung Kranker mit zuweit vorgeschrittenen Krankheiten, Kosten der Nachbehandlung im Pneumothoraxverfahren oder von Zuckerkranken, Eintreten in Heilfürsorgefällen zu dem Zwecke, das bisher aufgewendete Geld nicht als nutzlos ausgegeben und den bisher erreichten Erfolg über das von den Versicherungsträgern zeitlich bewilligte Maß hinaus nicht wieder in Frage zu stellen, Beteiligung an Ausschüssen, z. B. für hygienische Volksbelehrung, für soziale Hygiene, für Tuberkulose, für Lupus usw., Einrichtung von Schiedsgerichten für Streitfälle unter den Versicherungsträgern usw. Es sei hier auch noch auf die von der rheinischen Arbeitsgemeinschaft im Juni 1927 erfolgten Gründung von zwei Vereinen hingewiesen, deren einer der Träger des „westdeutschen Tuberkulose Forschungsinstituts", der andere der Träger des „Rheumaforschungsinstituts" ist.

Die Form der Arbeitsgemeinschaften ist dabei nicht überall gewählt worden, sondern es haben auch lokale Vereinigungen nur zwischen Landesversicherungsanstalt und Krankenkassen, z. B. in Württemberg, Platz gegriffen. Auch ist die Frage der Zuziehung der Wohlfahrtsämter, also der öffentlichen und privaten Fürsorge, zu diesen Arbeitsgemeinschaften oder zu gemeinsamer Arbeit mit ihnen verschieden gehandhabt worden.

Die ganze Angelegenheit erhielt ein neues Gesicht, als das Reichsgesetz vom 28. VII. 1925 unter Abschnitt C und der Überschrift „Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung" nachfolgende Bestimmung brachte:

„Die Reichsregierung kann nach Anhörung der Versicherungsträger und der Ärzte oder ihrer Spitzenverbände mit Zustimmung des Reichsrats und eines 28gliedrigen Ausschusses des Reichstages Richtlinien erlassen, betreffend das Heilverfahren in der Reichsversicherung und die allgemeinen Maßnahmen der Versicherungsträger zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Berufsunfähigkeit oder Invalidität oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung. Diese Richtlinien sollen ferner das Zusammenwirken der Träger der Reichsversicherung untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege auf dem Gebiete des Heilverfahrens und der sozialen Hygiene regeln."[2])

[1]) Vgl. hierzu: Deutsche Krankenkasse Jg. 12, Nr. 35, Sp. 668; Jg. 13, Nr. 13, Sp. 273; Nr. 29, Sp. 632. Denkschrift der LVA. Rheinprovinz, Sonderdruck aus der Festschrift der Rheinischen Provinzialverwaltung, ihre Entwicklung und ihr heutiger Stand 1926, S. 686 u. 687.

[2]) Auf entsprechende Beteiligung der kommunalen Wohlfahrtspflege muß dabei besonderes Gewicht gelegt werden.

Im Verfolg dieser gesetzlichen Bestimmung hat der Reichsarbeitsminister unter Zuziehung der Spitzenverbände der Reichsversicherungsträger einen Entwurf vorgelegt, der zur Zeit noch Gegenstand weiterer Beratungen ist.

Hinsichtlich der Ausgestaltung der Fürsorgeverbände zum Mittelpunkt der öffentlichen Wohlfahrtspflege und Bindeglied zwischen öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege unter Bezugnahme auf § 5, Abs. 4 der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. II. 1924 ist der Erlaß des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 28. XII. 1926 ergangen, der hinsichtlich der in dem Abschnitt des Gesetzes vom 28. VII. 1925 vorgesehenen Zusammenarbeit Bedeutung haben wird.

Als Beispiel der Zusammenarbeit ist ferner noch zu erwähnen, daß sich in der Rheinprovinz eine Freie Vereinigung rheinischer Tuberkulosefürsorgestellen gegründet hat, deren Zweck der folgende ist:

a) die Förderung der Einrichtung und des Betriebes von Tuberkulosefürsorgestellen im Bezirke der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz;

b) der Austausch von Erfahrungen und gegenseitige Anregung auf dem Gebiete der Tuberkulosefürsorge;

c) die Förderung von Lehrgängen für in der Tuberkulosefürsorge tätige Ärzte;

d) die Förderung der Ausbildung und Fortbildung von Fürsorgern und Fürsorgerinnen;

e) die Erörterung aller für die Bekämpfung der Tuberkulose wichtigen Fragen;

f) die Schaffung gemeinsamer Einrichtungen zur Bekämpfung der Tuberkulose;

g) die Bereitstellung von Mitteln zur Unterstützung leistungsschwacher Fürsorgestellen;

h) die Herausgabe einer Fachzeitschrift.

IV. Allgemeiner sozialhygienischer Nutzen der Sozialversicherung.

In den vorhergehenden Abschnitten ist der Versuch einer Darstellung der unmittelbaren sozialhygienischen Arbeit der verschiedenen Versicherungsträger gemacht worden, die ihre Zusammenfassung und ihren Gipfelpunkt in den Arbeitsgemeinschaften gefunden hat.

Indessen darf nicht verkannt werden, daß die Sozialversicherung auch allgemein und mittelbar eine bedeutsame sozial-hygienische Wirksamkeit entfaltet hat, obschon der zwingende Beweis hierfür naturgemäß nur teilweise zu erbringen ist. Es können im folgenden auch nur einige Punkte genannt werden, wo unzweifelhaft ein wichtiger sozialhygienischer Einfluß der Sozialversicherung vorliegt. Dabei sei vorweg betont, daß selbstverständlich die Sozialversicherung oft nur ein Faktor — aber häufig allerdings ein sehr wichtiger Faktor — einer Entwicklung ist, die durch mannigfache „Ursachen" bedingt ist.

So kann man keinen Zweifel daran haben, daß die durch die Sozialversicherung verbürgte ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Ärzten ein sehr wichtiges Moment dafür ist, daß wir die schweren Gesundheitsschäden des Krieges und der ersten Nachkriegszeit doch besser, wenn auch nicht ganz, überwunden haben, als zuerst erwartet werden konnte. Dies zeigt sich vor allem auch, wie schon eingangs erwähnt, in der Bekämpfung der Tuberkulose, deren Rückgang nicht, wie es so häufig geschieht, allein oder vorwiegend auf ein erhöhtes Absterben der Tuberkulösen in den schweren Notzeiten der letzten Jahre zurückzuführen ist. Das Reichsversicherungsamt (45) schreibt:

„In den letzten Jahren ist die Sterblichkeit an Tuberkulose nach dem gewaltigen Anstieg im Jahre 1918 nicht nur auf den Friedensstand von 12,2 auf 10 000 Lebende zurückgegangen, sondern hat im Jahre 1924 den tiefsten Stand von 10,0 erreicht. Während die Tuberkulose noch im Jahre 1923 nach den Krankheiten der Kreislauforgane die verbreitetste Todesursache war, ist sie im Jahre 1924 an die vierte Stelle gerückt. Dieser erfreuliche Rückgang ist in erster Linie

auf die fortschreitende planmäßige Tuberkulosebekämpfung im deutschen Reich zurückzuführen, an der die Träger der Invalidenversicherung einen hervorragenden Anteil haben."

Wenn diese schönen Erfolge ohne eine hochstehende Ärzteschaft auch nie hätten erreicht werden können, die sich in ihrer Gesamtheit auch in schwerer Zeit opferwillig der Sozialversicherung zur Verfügung gestellt hat, so muß andererseits betont werden, daß die große Ausdehnung, die die Krankenbehandlung durch die Sozialgesetzgebung erreicht hat, diese Entwicklung der deutschen Ärzteschaft ermöglicht hat. Insbesondere auf dem Lande wurde erst durch die soziale Gesetzgebung an vielen Orten die Existenz eines Arztes, und damit die sachgemäße ärztliche Versorgung der Bevölkerung möglich[1]).

Auch die Entwicklung der *medizinischen Wissenschaft* ist zweifellos in weitgehendster Weise durch die Sozialversicherung beeinflußt worden. Vor allem ist hier wieder der Fortschritt in der Klinik der Tuberkulose zu nennen, der ohne die tatkräftige Unterstützung der Träger der Sozialversicherung, und ganz besonders ohne die Arbeit in den Tuberkulosefürsorgestellen undenkbar wäre. Gerade jetzt sollen mit Unterstützung der Versicherungsträger neue Forschungsinstitute in Hamburg und im Rheinlande errichtet bzw. ausgebaut werden. Auch die Krebsforschung findet entsprechende Unterstützung. Die Wurmkrankheit ist im Ruhrgebiet infolge der guten Organisation der Krankenversorgung fast völlig verschwunden.

Die Unfallmedizin (Chirurgie und Neurologie) hätte ohne die Unfallversicherung niemals die Ausdehnung und Vertiefung erfahren, die sie heute besitzt; Hand in Hand ist damit die Entwicklung der Röntgenologie gegangen, auf die auch die Entwickelung der Tuberkuloseforschung tiefgehendsten Einfluß gehabt hat. Das Aufblühen der Röntgenologie bedingte weiter eine entsprechende Förderung der Röntgenwissenschaft.

Auf den Nutzen, den physikalische und pharmazeutisch-chemische Industrie durch die Sozialversicherung mittelbar erfahren hat, ist oben schon hingewiesen worden, desgleichen auf den engen Zusammenhang, der zwischen der Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens und der Sozialversicherung besteht.

Noch in anderer Weise hat die Sozialversicherung auf unsere sozialhygienische Entwicklung günstig gewirkt. Sie hat mit dazu beigetragen, das soziale Empfinden zu schärfen. Sehr schnell setzte sich in der Sozialversicherung selbst der fürsorgerische Gedanke — es sei an den Unfallschutz erinnert — durch, die Allgemeinheit kam zu der Erkenntnis, daß noch wichtiger als gute Heilungssausichten gute vorbeugende Maßnahmen sind, und so darf man wohl mit Recht die Sozialversicherung unter den Paten der sozialen Fürsorge, wie wir sie heute kennen, nennen.

Es erscheint als kein Zufall, daß gerade im Rheinland, wo die Fürsorge hervorragend entwickelt und durchgebildet ist, ein besonders enges und verständnisvolles Zusammenarbeiten zwischen ihr und den Versicherungsträgern der Sozialversicherung vorhanden ist.

Wenn die Hygiene heute eine der wichtigsten Zweige der medizinischen Wissenschaft geworden ist, und wenn in ihr die Sozialhygiene immer mehr an Bedeutung gewinnt, — auf dem Naturforschertag in Düsseldorf 1926 trat sie zum erstenmal als Unterabteilung der Abteilung Hygiene in Erscheinung — so dankt sie das letzten Endes auch der geistigen Entwicklung, die unter dem ständigen Einfluß der Sozialversicherung unser soziales Denken und Tun erfahren hat.

---

[1]) Diese an sich zu begrüßende Entwicklung eines zahlreichen und gut ausgebildeten Ärztestandes auf Grund der Erwerbsmöglichkeiten durch die Sozialversicherung ist sicherlich auch — wie jedes Ding seine Schattenseiten hat — an der augenblicklichen Überfüllung des ärztlichen Berufes schuld, deren Korrektur allerdings in absehbarer Zeit erfolgt sein wird.

Zustände, wie sie z. B. Göhre in den „Denkwürdigkeiten und Erinnerungen eines Arbeiters" veröffentlicht hat, wären heute unmöglich. Die ganze Entwicklung des Arbeiterschutzes geht schließlich letzten Endes auf die Gedankeneinstellung der Sozialversicherung zurück, deren logische Folge er ist.

V. Nachteilige Folgen der Sozialversicherung?

In den vorhergehenden Kapiteln ist nachgewiesen worden, daß die Sozialversicherung eine außerordentlich große sozialhygienische Bedeutung hat. Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß diese Ansicht nicht allgemeine Billigung findet, und daß es nicht ganz kleine Kreise gibt, die es nicht an heftigen Angriffen auf die Sozialversicherung, vor allem ihre angebliche Übersteigerung, fehlen lassen.

Unzweifelhaft — das ist wiederholt betont worden — haften der Sozialversicherung, wie jedem Menschenwerke, Schwächen an. Es kommt aber doch nur darauf an, ob der Gesamtbau gut und zweckentsprechend ist; einzelne Übelstände, die durch die Entwicklung unserer Verhältnisse bedingt sind, können und werden dann in gemeinsamer Arbeit aller Beteiligten beseitigt werden.

Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, auf alle diese Angriffe im einzelnen einzugehen, besonders, sofern sie sich nicht gegen den sozialhygienischen Wert der Sozialversicherung richten, sondern durch wirtschaftliche, häufig eigensüchtige Gesichtspunkte bedingt werden. Es gibt immer gewisse Menschen, die vergessen, daß Gesundheit das wertvollste Kapital einer Wirtschaft und besonders einer verarmten Wirtschaft, wie der deutschen, ist.

Auch der außerordentlich bedauerliche und für die Arbeit der Sozialversicherung schädigende Gegensatz zwischen der Ärzteschaft und den Trägern der Sozialversicherung, insbesondere den Krankenkassen, braucht hier nur kurz gestreift werden, da über das Verhältnis zwischen Arzt und Versicherungsträgern schon an anderer Stelle dieses Handbuches [Pryll (40), Knepper (32), Stier] das Notwendige gesagt ist. Sicher ist, daß dieser Gegensatz mit dem Wesen der Sozialversicherung als solcher nichts zu tun hat. Inwiefern durch gesetzliche Maßnahmen im Aufbau der Sozialversicherung eine Änderung dieserhalb herbeigeführt werden kann, kann in einem Handbuche nicht behandelt werden. — Daß bei gutem gegenseitigem Willen auch unter den heutigen gesetzlichen Verhältnissen ein friedliches Zusammenarbeiten zwischen Krankenkassen und Ärzten möglich ist, das beweisen die Ausführungen Büschers (11) — eines Arztes — auf der Tagung des Hannoverschen Landkrankenkassenverbandes in Hamburg im Jahre 1926, der Mittel und Wege wies, die zu einer schiedlich-friedlichen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen führen können und zum Teil auch schon geführt haben. Eine Einigung muß möglich sein und kommen, weil Arzt und Krankenkassen aufeinander angewiesen sind. So schreibt Unger (zit. nach Büscher) mit Recht:

„Die Krankenkassen können nun einmal nicht ohne Ärzte auskommen, es könnte aber heute auch kein Arzt ohne Krankenkasse leben. Nun liegen aber diese zwei, die gewissermaßen von Geburt an zur Ehe prädestiniert sind, dauernd in Scheidung."

Wenn aber sogar ein Niedergang des Ärztestandes und der ärztlichen Ethik auf das Konto der Sozialversicherung geschrieben wird, so vergessen diese Kritiker denn doch, daß ein krasser Materialismus heute ein *allgemeines* Zeichen der Zeit ist, der vor dem Ärztestand leider nicht haltgemacht hat; und dies war auch um so weniger zu erwarten, als gerade die Naturwissenschaft, deren Jünger die Ärzte sind, durch die Verbreitung einer materialistischen Weltanschauung jene Entwicklung gefördert hat.

Mit der Sozialversicherung als solcher aber hat diese beklagenswerte Entwicklung, die den Arzt zum Mediziner werden läßt [Liek (35) u. a.] recht wenig zu tun. Der gleiche Zustand einer vorwiegend materiellen Einstellung vieler Ärzte hätte sich auch ohne Sozialversicherung — und wahrscheinlich in viel schlimmerer Form — entwickelt.

Viel bedenklicher, insbesondere vom sozialhygienischen Standpunkte aus, erscheinen die Behauptungen, daß durch die Sozialversicherung das deutsche Volk *demoralisiert* und *verweichlicht* würde.

Diese Vorwürfe gegen die Sozialversicherung sind nicht neu und sind schon in der Vorkriegszeit widerlegt worden [vgl. Bernhard (8), Ewald (19), Hitze-Würmeling-fassbender (24), Kaufmann (30), Stursberg (47)]. Sie werden in der letzten Zeit mit erneuter Heftigkeit erhoben [Liek (35), Weiler (49) u. a.], ohne daß allerdings wesentlich neues Material beigebracht wird.

Trotzdem ist es notwendig, sie nochmals auf ihre Bedeutung hin zu prüfen; denn beständen sie auch nur im großen und ganzen zu Recht, dann müßte jeder aufrichtige Freund des deutschen Volkes die Sozialversicherung aufs äußerste bekämpfen!

Worauf gründen sich nun diese Vorwürfe der Demoralisierung und Verweichlichung?

Die Sozialversicherung soll dadurch demoralisieren, daß sie das Verantwortungsgefühl des einzelnen mindert. Dadurch, daß zwischen diesem und dem Arzte eine juristische Person eingeschaltet ist, der gegenüber der einzelne sich nicht oder nur wenig verpflichtet fühle, hätte ein Nachlassen in dem Verantwortlichkeitsgefühl sich eingeschlichen, wodurch eine ungerechtfertigte Ausnutzung der einmal gegebenen Situation veranlaßt würde.

Als wichtigste Beweise werden u. a. angeführt: die Rentensucht, lange Dauer der einzelnen Erkrankungen, Ansteigen der Krankenzahlen in Zeiten der Erwerbslosigkeit, überflüssige Beanspruchung des Arztes zu Tag- und Nachtzeiten.

Man soll unumwunden zugeben, daß alle diese Erscheinungen auftreten. Nur muß ganz entschieden bestritten werden, daß sie derartig *häufig* sind, daß dies zu einer Verurteilung der Sozialversicherung ein Recht gibt. Diejenigen, die diese Erscheinungen als Regelfolge der Sozialversicherung hinzustellen versuchen, lassen in recht unwissenschaftlicher Weise die Gegenprobe stets vermissen. Sie berichten über Einzelfälle oder aus Eindrücken heraus, die sich aus ihrer besonderen Beschäftigung mit dem betreffenden Gegenstand ergeben. Daß z. B. ein viel geplagter Arzt, der wiederholt nachts aus nichtigen Gründen aus dem Bett geholt wird, leicht zu der Anschauung kommt, die kostenlose Behandlung veranlasse das Publikum, rücksichtslos die ärztliche Kraft auszunutzen, ist mehr als begreiflich, aber trotzdem in dieser Verallgemeinerung unrichtig.

Wie gerade hier allgemeine Eindrücke zu falschen Auffassungen führen können, haben seinerzeit die Auseinandersetzungen zwischen Bernhard (8) einerseits sowie Hitze-Würmeling-Fassbender (24) und Stursberg (47) andererseits über Unfallneurose und die davon prinzipiell zu trennende Rentensucht bewiesen. Bei Ewald (19) findet sich darüber für jeden, der sich mit dieser Frage beschäftigt, eine ruhige wissenschaftliche Darstellung (Bd. 2, S. 361), auf die verwiesen werden muß.

Gerade auf diesem Gebiete haben die wissenschaftlichen Ansichten starke Schwankungen aufgewiesen. An dem Material, das ihr durch die Unfallversicherung geboten wurde, hat die Forschung wichtige Erkenntnisse gewinnen können. Die heute herrschende Anschauung, die auch, wie oben erwähnt, das Reichsversicherungsamt seinen Entscheidungen zugrunde legt, ist in den nachfolgenden

Leitsätzen zusammengefaßt, die, fußend auf Arbeiten von Nägeli, Reichardt, Bonhoeffer, His und Stier, der letztere Gelehrte seinem Vortrage vor dem Reichsversicherungsamt und dem Reichsversorgungsgericht zugrunde gelegt hat[1]):

1. Auffälliges Verhalten und subjektive Klagen über nervöse Beschwerden, die zeitlich nach Unfällen einsetzen (sog. Unfallneurose), sind, ebenso wie bei den sog. Haft-, Kriegs- und Rentenneurosen, nicht Ausdruck durch den Unfall bedingter Krankheiten im gewöhnlichen Sinne des Wortes, sondern psychologisch verständliche Reaktionen, in erster Linie auf die Tatsache der Versicherung und das Entschädigungsverfahren als solches. Ihre Darstellungs*form* — hysterisches Verhalten, depressive, wehleidige Stimmung, Reizbarkeit, Pseudodemenz usw. — wird durch die Eigenart der seelischen Struktur der betroffenen Persönlichkeit bestimmt.

2. Die sog. Unfallneurosen unterscheiden sich dadurch prinzipiell von den endogenen, schicksalsmäßig verlaufenden, wenig beeinflußbaren reinen Geisteskrankheiten (Schizophrenie bzw. Dementia praecox, manisch-depressives Irresein, Paranoia usw.) und den gesetzmäßig verlaufenden, je nach der Grundursache beeinflußbaren exogenen Geisteskrankheiten, die im Grunde nur psychische Begleiterscheinungen von Hirnkrankheiten sind (traumatische Psychosen, senile Psychosen, toxische und infektiöse Psychosen, wie Alkoholismus, Morphinismus, Urämie, Paralyse u. a.).

3. Die traumatischen Schädigungen des Gehirns nach schwerer Hirnerschütterung klingen grundsätzlich allmählich, die klinisch faßbaren Folgen der Schreckwirkung, für die ein wesentlicher, ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall bei Ausdehnung des Unfallbegriffs angenommen werden kann, klingen grundsätzlich sehr rasch ab. Beide überlagern sich leicht und werden leicht abgelöst durch nur psychologisch verständliche Wunschreaktionen. Die Unterscheidung zwischen klinisch faßbaren Krankheitserscheinungen und den psychologischen Reaktionen der sog. Unfallneurosen ist in beiden Fällen oft schwer und muß besonders erfahrenen, psychiatrisch durchgebildeten Sachverständigen vorbehalten bleiben.

4. Die Erkenntnis, daß es sich bei den sog. Unfallneurosen nicht um echte Krankheitserscheinungen handelt, die als Unfallfolge angesprochen werden können, sondern um nur psychologisch verständliche Reaktionen, ist das Ergebnis geradlinig fortschreitender wissenschaftlicher Forschungen, die den Begriff der körperlichen und seelischen Konstitutionen vertieft und den alten Krankheitsbegriff der Hysterie beseitigt haben; sie ist durch das Massenexperiment des Weltkrieges noch im besonderen Maß bestätigt und gesichert worden.

5. Die sog. Unfallneurosen verlaufen weder schicksalsmäßig noch gesetzmäßig; sie sind niemals in Intensität oder Erscheinungsform adäquat der Schwere und Art des als Ursache bezeichneten Unfalls; sie sind nicht durch Arzneien, elektrische, diätetische oder überhaupt ärztliche Mittel, wohl aber durch lediglich psychisch wirkende Mittel, wie Hypnose, Geldzahlung, Prozeßführung und ähnliches beeinflußbar, Eigentümlichkeiten, die sie grundsätzlich von jeder klinisch faßbaren Krankheit unterscheiden, aber volle Erklärung finden durch die Annahme, daß sie eben wunschbedingte Reaktionen sind. Die gleiche Folgerung muß aus der Tatsache gezogen werden, daß sie durch endgültige Erfüllung des zugrunde liegenden Wunsches (Kriegsende, lebenslängliche Rente, einmalige Geldabfindung) ebenso sicher günstig beeinflußt bzw. beseitigt werden, wie nach letztinstanzlicher Gerichtsentscheidung durch endgültige Ablehnung des Wunsches.

6. Gesichert wird diese Auffassung weiterhin dadurch, daß wir entsprechende Bilder bei Nichtversicherten oder solchen, die kein Interesse daran haben, für krank gehalten zu werden, praktisch niemals sehen, daß also Kriegsgefangene, Kinder, Studenten nach Mensuren, Sportsleute oder Hausfrauen frei von diesen Zustandsbildern sind, während alle an ihrer wirtschaftlichen Lebenssicherung besonders Interessierten, wie ältere Leute, berufstätige Frauen, konstitutionell Nervöse, besonders häufig diese Bilder zeigen.

7. Die körperliche oder geistige Fähigkeit, verwertbare Arbeit zu leisten, also die Erwerbsfähigkeit, ist bei den sog. Unfallneurotikern, wenn nicht sonst eine Krankheit vorliegt, nicht eingeschränkt oder gar aufgehoben; sie ist vielmehr durch die Vorstellung, arbeitsunfähig zu sein und auf Entschädigung Anspruch zu haben, mit dem daraus resultierenden Mangel an Antrieb zur Arbeit, nur gehemmt. Da diese falsche seelische Einstellung, die dieser Hemmung zugrunde liegt, nicht durch den Unfall wesentlich bedingt ist, so kommt die Annahme von Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsbeschränkung durch Unfallfolge für die sog. traumatische Neurose nicht in Betracht, und zwar auch dann nicht, wenn der Zustand jahrelang fortbesteht.

8. Die Ursachen für die Entstehung der sog. Unfallneurose liegen in unseren Gesetzen, in der Art ihrer Handhabung und Auslegung, in der oft nicht fehlerfreien Art der ärztlichen

[1]) RVAmt in Entsch. v. 24. Sept. 1926 (Ia 1609/25 u. 1610/25) in „Berufsgenossenschaft" 1927, Nr. 1 (Sp. 1ff.) u. Nr. 2 (Sp. 24ff.).

Begutachtung und in den sehr erheblichen materiellen und sonstigen Vorteilen begründet, die denjenigen erwachsen, bei denen das Vorliegen einer Unfallneurose anerkannt wird.

Maßgebend aber für die Stellungnahme über Nutzen und Schaden der Unfallversicherung, ist nicht die unbestreitbare Tatsache des Vorhandenseins einer Rentenneurose und Rentensucht, auch nicht die ärztliche Auffassung über deren Wesen, sondern die Frage nach der *Häufigkeit* dieser Erscheinung. Und da muß die Tatsache nachdrücklich hervorgehoben werden, daß überhaupt die Zahlen der tatsächlich angefochtenen Rentenbescheide gar nicht so groß ist, wie häufig vermutet wird. Würmeling (24) schreibt hierüber 1913 wörtlich (S. 47):

„Danach haben im Jahre 1912 die Träger der Unfallversicherung 424 855 berufungsfähige Bescheide erlassen. An Berufungen sind aber anhängig trotz ‚Rentensucht', Simulation', ‚Hysterie', ‚Unfallgesetzneurose' und wie die schönen Worte alle heißen, sowie trotz Kostenlosigkeit des Verfahrens nur 70 023. Es fallen also auf je 100 berufungsfähige Bescheide nur 16,48 anhängig gewordene Berufungen. Mit anderen Worten: *In mehr als $^5/_6$ aller Fälle haben sich die Berechtigten bei den berufungsfähigen Bescheiden der Versicherungsträger ohne weiteres beruhigt*"[1]).

In der Invalidenversicherung ist die Zahl der Rentensüchtigen noch geringer. Ähnliches gilt von der angeblichen längeren Dauer der Krankheit und der ungerechtfertigten Inanspruchnahme des Arztes. Wenn behauptet wird, daß ein Gebildeter nach einer Erkrankung schneller wieder an die Arbeit kommt, als ein Ungebildeter, so erscheint dies nicht ohne weiteres als ungerechtfertigt. Denn, wenn heute der Arbeiter völlige Ausheilung abwartet und dank der Sozialversicherung abwarten kann, ehe er seine Arbeit wieder aufnimmt, oder ehe er das Krankenhaus verläßt, so kann man ihm daraus nicht ohne weiteres einen Vorwurf machen, und dies auch nicht als eine Demoralisierungserscheinung ansehen. Man vergißt dabei gar zu leicht, daß es für den Arbeiter bei der heutigen Intensivierung der Arbeit nach Aufnahme der Arbeit keine Schonung geben kann, daß er sich auch in seiner Freizeit nicht pflegen kann, und daß für den, der im Krankenhaus Aufnahme gefunden hat, die Räume des Krankenhauses bessere Gelegenheit zur Erholung bieten als die meist recht unzulänglichen Wohnungen.

Im allgemeinen besteht aber überhaupt das Bestreben, möglichst schnell wieder an die Arbeit zu kommen, zum Teil schon aus wirtschaftlichen Momenten heraus, da das Krankengeld geringer als der Lohn ist, dann aber auch aus Unlust an der Untätigkeit. Das beweisen dem, der mit Arbeitern in Fühlung ist, immer wieder Unterhaltungen mit Erwerbslosen. Ausnahmen, die sich gern von der Arbeit drücken, gibt es überall, nicht nur bei den Sozialversicherten. Sie erregen allerdings die Aufmerksamkeit mehr als die Fleißigen, die die Mehrzahl bilden, und schädigen durch ihr Verhalten die Sache. Übrigens können durch strenge Kontrollmaßnahmen diese Übelstände recht eingeschränkt werden (ärztliche Kontrollkommission usw.).

Was weiter den Vorwurf betrifft, die Krankenkasse bilde in Zeiten der Not eine Krisenfürsorge, so hat diese Behauptung heute bei Bestehen der Erwerbslosenfürsorge an Bedeutung verloren und wird sie bei Einführung der Arbeitslosenversicherung noch mehr verlieren. Aber sie war auch an sich nur für einen Teil der Fälle berechtigt. Das unbestreitbare Anschwellen der Krankenzahlen, der Andrang zu den Heilstätten zu Zeiten von Erwerbslosigkeit beweist eher das Gegenteil, als das, was es beweisen soll. Eine große Anzahl chronischer Kranker hält, solange es Verdienst gibt, bei seiner Arbeit aus und benutzt Zeiten der Erwerbslosigkeit zu einem Versuch, seine chronischen Leiden auszuheilen und

[1]) Auch im Original gesperrt gedruckt.

dadurch seine Arbeitskraft zu steigern. Wir haben gesehen, daß alle jene Behauptungen also mehr oder minder auf ungerechtfertigte Verallgemeinerung von Vorkommnissen beruhen, die gegenüber der ungeheueren Zahl der Betreuten recht gering sind. Von einer Demoralisierung des deutschen Volkes durch die Sozialversicherung kann demnach keine Rede sein.

Trotzdem scheint die Forderung berechtigt, jenen Vorwürfen jede Unterlage zu entziehen, damit nicht nur die Unvernunft oder Schlechtigkeit einer realtiv geringen Anzahl Menschen die ganze Sozialversicherung in Mißkredit kommt.

Die Sozialversicherung geht von dem an sich richtigen Grundsatz aus, daß Rechte Pflichten bedingen. Diese Pflichten werden nun aber von einer Anzahl von Versicherten bewußt oder unbewußt außer acht gelassen, da eben im Gegensatz zu der bewußten oder unbewußten Annahme des Gesetzgebers nicht alle Menschen edel, hilfreich und gut sind.

Weiterhin soll angeblich die Sozialversicherung das deutsche Volk *verweichlichen*. Vor allem wird dabei immer und immer wieder die angebliche Züchtung von Unfallneurosen und Rentenhysterie als Beweis angeführt, dann wird auf das Heer der nervösen Kranken hingewiesen, die dauernd ihre Leiden bewußt oder unbewußt übertreibend dem Arzte zur Last fielen.

Was zunächst die ganze Frage der Unfallneurose und Rentenhysterie anbetrifft, so muß hier nochmals auf die oben erwähnte Ewaldsche Arbeit verwiesen werden, wo diese Behauptung in sachlicher Weise auf das gebührende Maß zurückgeführt ist. Von allem anderen abgesehen, ist die Zahl der Unfallneurosen usw. gegenüber der Gesamtzahl der Unfälle gering. Sie schwankt nach Stursberg (47) in Deutschland bei ungünstigster Berechnungsart zwischen $2{,}6-5{,}2\,^0/_{00}$, was sich mit dem Zahlenmaterial aus anderen Ländern nahezu deckt.

Wenn weiter die Sprechstunde des Arztes heute angeblich durch Menschen mit nervösen und neurasthenischen Beschwerden überfüllt ist, so darf dies wirklich nicht als Folge der Sozialversicherung gebucht werden. Die „Zunahme der Nervosität" ist eine ganz allgemeine Erscheinung unserer Zeit und fand sich z. B., wie Stursberg, S. 16/17 erwähnt, schon vor dem Kriege auch bei Heer und Marine, wo Begehrungsvorstellungen auf Rente doch nicht in Frage kamen. Nach dem Sanitätsbericht der königlich preußischen Armee betrug der Zugang an funktionellen nervösen Erkrankungen auf 1000 Mann Bestand im Jahre 1896/97 insgesamt 0,53, im Jahre 1910 dagegen 2,6. Bei der Marine stieg die Zahl der funktionellen nervösen Erkrankungen von 1 auf 1000 im Jahre 1895/96 auf 4,95 im Jahre 1909/10. — Es ist ferner nicht außer Betracht zu lassen, daß die Sprechstunde von Ärzten, die nur eine wohlhabende Klientel behandeln, ebenfalls von Menschen mit nervösen Beschwerden überfüllt sind. Also auch dieser Vorwurf, der Heranzüchtung von nervösen, sich gehenlassenden Menschen, trifft die Sozialversicherung als solche nicht.

Dabei ist die Frage durchaus berechtigt, ob wir denn überhaupt ein so nervöses Geschlecht sind, wie immer — auch hier ohne rechte wissenschaftliche Grundlage — behauptet wird. Eine *absolute* Zunahme der Nervösen ist wohl unbestreitbar, aber angesichts des rasenden Arbeitstempos unserer Zeit, angesichts der zahllosen, Augen und Ohren in Anspruch nehmenden Reize, die die jetzige Generation über sich ergehen lassen muß, und die unsere Voreltern nicht kannten, muß die *relative* Vermehrung der Nervösen als nicht übergroß angesehen werden. Die Zunahme kann man zwanglos durch eine fehlende Anpassungsfähigkeit des Nervensystems mancher Menschen an das Getriebe der Jetztzeit erklären, deren Nervensystem vor 50—60 Jahren vollkommen normal funktioniert hätte.

Der beste Beweis gegen jene Behauptung von der Verweichlichung und Demoralisierung des deutschen Volkes ist aber wohl seine Leistung im Weltkriege und seine schnelle Wiederaufrichtung nach ihm. Ein demoralisiertes und verweichlichtes Volk wäre viel schneller den Strapazen und der Unterernährung erlegen und hätte sich auch nicht so schnell wieder erholt. Auch die überraschende Entwicklung der Leibesübungen mit ganz hervorragenden Sportleistungen sprechen nicht gerade in jenem üblen Sinne.

Es ergibt sich danach, daß alle jene Vorwürfe, die gegen den sozialhygienischen Wert der Sozialversicherung erhoben werden, teils durch einen einseitigen Standpunkt, teils durch Überbewertung beklagenswerter Einzelerscheinungen bedingt sind.

Die Sozialversicherung ist und bleibt, wie Kaufmann (26) sich ausgedrückt hat, der Eck- und Grundstein der sozialen Gesundheitspflege.

Literatur.

1. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes Jg. 42. 1926; — 2. Desgl. Jg. 43. 1927. — 3. Appelius: Zum Jubiläum der Unfall- und Invalidenversicherung am 1. X. 1910. Concordia, Zeitschr. d. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt Jg. 17, Nr. 21. 1910; — 4. — Vergleichende Übersichten über die Sozialversicherung. 5. Aufl. 1927 (LVAnstalt Rheinprovinz). — 5. Arbeiterschutzbüchlein der Reichsarbeitsverwaltung. Berlin: Büxenstein 1925. — 6. Ärzteabkommen zwischen dem Verbande der deutschen Berufsgenossenschaften usw. und dem deutschen Ärztevereinsbunde usw., in der Fassung vom 1. V. 1926. — 7. Ärztliche Mitteilungen 1927, Nr. 1. — 8. Bernhard, L.: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik. Berlin: Julius Springer 1913. — 9. Bericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über das Geschäftsjahr 1925. — 10. Bosse u. v. Woedtke: Kommentar zur Invaliden- und Altersversicherung. Leipzig: Dunker & Humblot 1881. — 11. Büscher: Was ist von einer vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Arzten und Krankenkassen zu erhoffen? Ärztl. Mitteilungen 1927, Nr. 10. — 12. Denkschrift der LVAnstalt Rheinprovinz. Sonderdruck aus der Festschrift der rheinischen Provinzialverwaltung usw. 1926. Düsseldorf: Schwann 1925, bearbeitet von Appelius und Mitarbeitern. — 13. Denkschrift des Reichsarbeitsministers über die Sozialversicherung vom 5. XII. 1925. Reichstagsdrucksache III, Nr. 1651. — 14. Dersch: Die Sozialversicherung. Handb. f. soz. Hyg. Bd. IV. — 15. Die deutsche Sozialversicherung 1926. Merkblatt, herausgegeben vom RVA Berlin. — 16. Die deutsche Krankenversicherung auf der Gesolei, Düsseldorf 1926, herausgeg. vom Hauptverb. dtsch. Krankenkassen. — 17. Die deutsche Krankenkasse Jg. 12, Nr. 35; Jg. 13, Nr. 13. — 18. Düttmann-Bülow: Die Entwicklung der deutschen Sozialversicherung. Düsseldorf 1926. (Zu beziehen durch den Verlag des Versicherungsboten Oldenburg.) — 19. Ewald: Soziale Medizin Bd. II. Berlin: Julius Springer 1914. — 20. Fischer, Alfons: Die sozialhygienische Bedeutung der RVO. Zeitschr. f. Volkswirtsch., Sozialpolitik u. Verwaltung 1911, Nr. 5. — 21. Reichsgesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 12. I. 1923 (RGBl. I, S. 57) und vom 8. VII. 1926 (RGBl. I, S. 398), nebst Ausführungsbestimmungen vom 13. II. 1924 (RGBl. I, S. 73). — 22. Hadrich: Die Bedeutung der einzelnen Kassenarten. Sozialw. Rundsch., Beilage der ärztl. Mitteilungen 1927, Nr. 4. — 23. Handbuch der Reichsversicherung 1925—1926. — 24. Hitze-Würmeling-Fassbender: Zur Würdigung der deutschen Arbeitersozialpolitik. Kritik der Bernhardschen Schrift usw. München-Gladbach: Volksvereinsverlag 1913. — 25. Jahrbuch der Krankenversicherung 1924. — 26. Desgl. 1925. — 27. Jahresberichte der gewerblichen Berufsgenossenschaften über Unfallverhütung für 1925, herausgeg. vom RVAmt Abt. für Unfallverhütung. — 28. Kampffmeier: Die Mission der deutschen Krankenkassen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Frankfurt 1903. — 29. Kaufmann: Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. Berlin: Vahlen 1914; — 30. — Licht und Schatten bei der deutschen Arbeiterversicherung. Berlin: Julius Springer 1912. — 31. Die Krankenversicherung im Jahre 1925. Statistik des Deutschen Reiches Bd. 331. Berlin: Reimar Hobbing 1926. — 32. Knepper: Der Arzt in der Unfall- und Invalidenversicherung. Handb. d. soz. Hyg. Bd. IV. — 33. Krohn: Die Reichsversicherungsordnung mit ergänzenden Gesetzen und Verordnungen. 2. Aufl. Berlin: K. Heymann 1926. — 34. Lehmann, Helmut: Die Beziehungen zwischen Unfall- und Krankenversicherung. Berlin: Verlagsges. der deutschen Krankenkassen 1927. — 35. Liek, Erwin: Der Arzt und seine Sendung. 3. Aufl. München: I. F. Lehmann 1926. — 36. Müller, Hugo: Die deutsche Arbeiterversicherung. Schwäbisch Gmünd: Selbstverlag. — 37. Mitteilungen der Vereinigung rheinischer Krankenkassen Jg. 6, Nr. 10. 1926. — 38. Neue Gesetze und Verordnungen zur

Sozialversicherung. Amtl. Mitt. d. LVA. Rheinprovinz Jg. 21, Nr. 7 u. 8. 1925. — 39. Okrass: Antisoziale und demoralisierende Wirkungen der Krankenversicherung? Deutsche Krankenkasse 1927, Nr. 6. — 40. Pryll: Der Arzt in der deutschen Krankenversicherung. Handb. d. Soz. Hyg. Bd. IV; 41. — Arbeitsnachweis, Krankenversicherung und Krankenvorbeugung. Ortskrankenkasse 1922, Nr. 8; 42. — Gedanken über vorbeugende Maßnahmen der Krankenkassen usw. Zeitschr. f. soz. Hyg., Fürsorge u. Krankenhauswesen, April 1921. — 43. Schäffer: Reichsversicherung und Gesundheitsfürsorge. Die deutsche Krankenkasse 1925, S. 668. — 44. Schmittmann: Die deutsche Sozialversicherung in ihrer Gestaltung nach dem Kriege. Düsseldorf: Schwann 1920. — 45. Statistik der Heilbehandlung bei den Trägern der Inv.-Vers. für das Jahr 1925, herausgeg. vom RVAmt. Berlin: R. Hobbing 1927. — 46. Statist. Jahrb. f. d. Deutsche Reich Bd. 35. 1924. — 47. Stursberg: Unerwünschte Folgen deutscher Sozialpolitik? Eine Entgegnung an Prof. L. Bernhard. Bonn: F. Cohen 1913. — 48. Teleky: Die Tuberkulose. Handb. d. Soz. Hyg. Bd. III. — 49. Weiler: Antisoziale Wirkungen der sozialen Fürsorge. Münch. med. Wochenschr. 1927, Nr. 4. — 50. Westergaard: Mortalität und Morbidität. Jena: G. Fischer 1882. — 51. Wirtschaft und Statistik, herausgeg. vom Statist. Reichsamt Jg. 6, Nr. 23. — 52. Zahn: Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung. Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswiss. 1912. — 53. Arbeiterversicherung und Armenwesen in Deutschland. Arch. f. Sozialwiss. u. Sozialpolitik 1912. — 54. Die Arbeiterversicherung in Deutschland, ihre sozialhygienische und sozialpolitische Bedeutung. Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 48.

Berufsberatung.

Von

WALTER PRYLL

Berlin.

I. Das Wesen der Berufsberatung.

1. Begriff der Berufsberatung.

Unter *Berufsberatung* versteht man im allgemeinen die in amtlichen Beratungsstellen nach den gesetzlichen Vorschriften und regierungsseitig erlassenen Verordnungen gegenüber jugendlichen Berufsanwärtern und Berufswechselnden geübte Arbeits- und Laufbahnberatung und Lehrstellenvermittlung.

Diese Berufsberatung hat die Aufgabe, in das bisherige Chaos der Berufswahl eine systematische Ordnung zu bringen, an die Stelle der nur durch Zufall oder durch Angebot und Nachfrage geregelten Berufswahlentscheidung eine durchdachte und berufsstatistisch wohlbegründete Berufspolitik zu setzen und dadurch dazu beizutragen, die menschliche Arbeitskraft rationell zu bewirtschaften.

2. Wesen von Arbeit und Beruf.

Die Berufsberatung geht von dem heutigen *Wesen der Arbeit und des Berufes* aus.

Arbeit bedeutet im volkstümlichen Sprachgebrauch ein Ganzes, ein Stück Kultur, eine Äußerung menschlichen Lebens schlechthin. Diese Begriffsbestimmung ist für die wissenschaftliche Verwendung zu allgemein. In der wissenschaftlichen Betrachtung indes ist der Arbeitsbegriff verschieden, je nachdem die Naturwissenschaft, die Psychologie oder die Wirtschaftswissenschaft ihn in Anwendung bringt; jede von ihnen nimmt die für ihre Spezialbetrachtung wichtige Seite der Erscheinung Arbeit. Will man eine Definition, so kann man etwa die von HELLPACH gegebene annehmen; danach ist Arbeit „fortgesetzte angespannte und geordnete Tätigkeit, die der Erzeugung, Beschaffung, Umwandlung, Verteilung oder Benutzung von materiellen oder ideellen Gütern dient". Im vorliegenden Zusammenhang handelt es sich vorwiegend um den wirtschaftlichen Arbeitsbegriff; diesen umschreibt HARMS als eine „auf Bedarfsdeckung oder Erwerb gerichtete Betätigung körperlicher und geistiger Kraft".

Der *Beruf* bezeichnet heute vorwiegend die Zugehörigkeit zu einem Arbeitszweig des wirtschaftlichen Lebens. Als Beruf im eigentlichen Wortsinne spricht man heute etwa eine Tätigkeit an, welche zwar ihren Mann ernährt, aber vorwiegend der Beschaffung, Herstellung oder Förderung ideeller oder materieller *Werte* dient, nicht nur vorübergehend ist, den Fähigkeiten des Ausübenden entspricht, ihn mit innerer Befriedigung erfüllt und der Gemeinschaft zugute kommt. Demgegenüber kommt dem *Erwerb*, dem wirtschaftlichen oder weiteren Berufsgedanken, das Merkmal des egoistischen Profitmachens zu. Dieser letztere

Berufsgedanke ist namentlich in Industrie, Handel und Verkehr vertreten, der eigentliche, ständisch orientierte Berufsgedanke hingegen in Handwerk, Beamtenschaft, Geistlichkeit und in den freien Berufen.

Für den gesunden Menschen ist *Arbeit eine normale Lebensäußerung* und ein Anzeichen normalen Stoff- und Kraftumsatzes. Der Aktivitätstrieb tritt schon beim Kinde hervor; er bedingt das eigentliche Lebensgefühl. Der durch Arbeit im Organismus hervorgerufene Kräfteumsatz hat Lustempfindungen zur Folge, wohingegen Untätigkeit Unlustgefühle erzeugt. Indes kann auch aus Unlustgefühlen Tätigkeit entstehen, nämlich dann, wenn Bedürfnisse aufkommen, die nicht befriedigt werden können, Unlustempfindungen auslösen, und zwar um so mehr, je größer und mannigfaltiger die Bedürfnisse werden, und der Mensch in der Alternative, ob er die mit der Arbeit für die Bedürfnisbefriedigung verbundenen Unlustgefühle auf sich nehmen oder die aus der Nichtbefriedigung entstehenden Unlustempfindungen weiter mit sich herumtragen soll, den Entschluß zur Tätigkeit faßt.

Die menschliche wirtschaftliche Arbeit sowohl des Einzelmenschen wie der Gesellschaft *bezweckt höchstmögliche Güterproduktion.* Im Ideal wird dieses Ziel nie erreicht werden; schon die von Natur beschränkte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des einzelnen und der Gesamtheit setzt der Produktionssteigerung eine Grenze. Andererseits ist das Maß der leistbaren Arbeit von Neigung und Eignung der arbeitenden Person und dem Arbeitsgegenstand abhängig, mithin steigerungsfähig. Die moderne Arbeit vermag jedoch immer weniger Arbeitslust und Arbeitsfreude hervorzurufen. Daher verringert sich die Zahl derer, denen die Verrichtung wirtschaftlicher Arbeit Lebensbefriedigung und -erhebung beschert, und es wächst die Zahl derer, die als Äquivalent für ihre Arbeit lediglich den materiellen Erfolg (Unternehmergewinn, Gehalt, Lohn) suchen. Durch den materiellen Gewinn lassen sich freilich viele und beliebig willkommene Güter erwerben, doch wird auch das zunehmend schwerer, weil heute der für monotone Arbeit entschädigende Entgelt nur mehr zur Befriedigung bescheidener Lebensansprüche ausreicht. Die Ursache für diesen Charakter des heutigen Arbeitslebens liegt darin, daß Arbeitsleben und Arbeitserlebnis durch die industrielle Zeit gegen ehedem eine grundlegende Veränderung erfahren haben. Die Industrialisierung hat zur *Rationalisierung* geführt. Von dieser sagt Hellpach: „Von Rationalisierung spricht man, wenn eine Verrichtung nicht mehr bloß nach Gefühl, Talent, Überlieferung und Erfahrung ausgeübt wird, sondern wenn sie in jedem Abschnitt denktätig auf größte Zweckmäßigkeit hin überlegt und diese Überlegung samt ihren Folgerungen womöglich auf Maß und Zahl gestützt wird. Empirisch nährt sich einer, wenn er ißt, was ihm „bekommt", und dies „spürt" er; rational wird einer ernährt, wenn sein Calorienbedarf untersucht, der Caloriengehalt seiner Mahlzeit ermittelt und danach ihm die Tagesmenge, die Zusammensetzung, das Mahlzeitsquantum seiner Nahrung zugewogen wird. Die beiden großen Hebel der Rationalisierung sind Kredit und Maschine, beide sind nur die zwei Seiten desselben Geistes, der in die menschliche Arbeit einzog, des puren Nutzens. War die frühere Entwicklung von der Gelegenheitsarbeit zum Beruf gegangen und dieser schließlich zum Daseinsinhalt erhoben worden, so wandelt sich nun weiterhin der Sinn dieses daseinerfüllenden Berufes zum Erwerb. „Man lebt, um zu arbeiten, um zu erwerben." Vor allem erschwert die *Technisierung der Arbeitsvorgänge* dem Arbeitenden das tiefe Erleben seines persönlichen Eigenwertes. Der arbeitende Mensch ist im industriellen Betriebe gezwungen, sich zu der Maschine wie zu einem Arbeitsgenossen umzustellen. Je mehr er das tun muß, desto mehr wird das natürliche Arbeitserlebnis deformiert; es kommt zum *Arbeitsverfall* und

dessen Folgen: zur seelischen Abstumpfung oder zur Abwehr bis zur Arbeitsfeindschaft.

Diese Erscheinungen, welche dem modernen Arbeitsleben bald mehr bald weniger eigen sind, haben zu Versuchen geführt, die Arbeitsgestalt, namentlich in industriellen Betrieben, systematisch zu normieren, um durch wissenschaftliche Betriebsorganisation und Betriebserziehung der Arbeitenden zu einer *rationalen Arbeitsgestaltung* zu gelangen.

Den *physischen Druck* der modernen Arbeit zu mindern, sind ebenfalls eine Reihe von Bestrebungen bemüht; namentlich durch hygienische Arbeitsgestaltung, sozialpolitische und speziell arbeitsrechtliche Maßnahmen, psychotechnische und wissenschaftliche Betriebsführung, sorgfältige Auswahl und Verteilung der Arbeiten u. a. m. hat man die erkannten Mängel zu beseitigen versucht, allerdings noch ohne zu einer alle Seiten des Arbeitslebens umfassenden Arbeitspolitik zu gelangen.

Der Sozialwirtschaft muß es darauf ankommen, daß ein *möglichst großes Maß bedeutungsvoller Arbeit* erzeugt wird. Heute wird *produktive* Arbeit verlangt. Faßt man die Tätigkeit des Menschen, Naturstoffe und -kräfte der menschlichen Bedarfsgestaltung anzupassen, als produktive wirtschaftliche Arbeit auf, so leisten Handel und Transportgewerbe *unmittelbare produktive Arbeit*, wenn sie durch ihre Vermittlung einem Gegenstand zur Nützlichkeit verhelfen. *Mittelbare produktive Arbeit* leistet die Schule durch ihre Vermittlung von Wissen, das zu unmittelbarer produktiver Arbeit Voraussetzung ist, ebenso der Arzt durch seine Obsorge für die Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der unmittelbar produktiven Kräfte. Auch noch durch viele andere, oberflächlicher Betrachtung unproduktiv erscheinende Arbeiten, Erwerbsarten und Berufe wird die Arbeitslust, Arbeitsfreude und Arbeitsfähigkeit der unmittelbar produktiven Menschen ermöglicht und gesteigert. Der Kreis der mittelbar produktiven Arbeitsverrichtungen darf demnach nicht zu eng gezogen werden. Inwieweit selbst unproduktive Berufe kulturfördernd und wirtschaftssteigernd wirken können, mag hier unerörtert bleiben. In Wirklichkeit kommt es darauf an, daß zwischen den unmittelbar produktiven und den nur mittelbar produktiven bzw. unproduktiven Kräften ein gewisses, als relativ normal zu bezeichnendes Verhältnis besteht, daß nämlich die Mitversorgung der letzteren Kräfte ohne empfindliche Beeinträchtigung der ersteren möglich ist.

In der modernen Volkswirtschaft vollzieht sich der Wirtschaftsprozeß in einem ununterbrochenen Kreislauf von Güterbeschaffung (Produktion), Güterumlauf, Güterverteilung und Güterverbrauch. Die Nutzbarmachung von Naturstoffen und -kräften für den menschlichen Bedarf geschieht heute vorwiegend in Unternehmungen und durch die *differenzierte Arbeit von Unternehmern, Angestellten und Arbeitern*, die meist in einer Betriebsgemeinschaft zusammen arbeiten. Die Arbeit eines jeden dieser drei Faktoren hat für sich eine besondere Stellung im Produktionsprozeß. Der *Unternehmer* hat an der Produktion meist das lebhafteste Interesse, denn sie geschieht vorwiegend auf seine Rechnung und Gefahr, unter seiner Anleitung, nach seiner Organisation, und er hat den Bedarf für seine Produktion zu ermitteln, die Rohstoffe einzukaufen, den Produktenabsatz zu schaffen und auf Erzielung angemessenen Gewinnes bedacht zu sein. Bei allem aber ist für den Unternehmer die Mitarbeit der *Angestellten*, vielfach sogar ihre schöpferische Tätigkeit unentbehrlich. Sozialwirtschaftlich nimmt die Bedeutung der Angestelltentätigkeit ständig zu. Die Zahl der bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte versicherungspflichtigen Personen betrug schon 1913 etwa 1,5 Millionen; inzwischen ist diese Zahl trotz des Verlustes der abgetretenen Gebiete im Jahre 1925 auf 2,2 Millionen angestiegen. Nach Lebens-

alter und Geschlecht aufgeteilt, verhielten sich die versicherten Angestellten 1922 wie folgt (s. nebenstehende Tabelle.

1922. Altersverteilung der Angestellten.

Alter	männlich	weiblich
unter 20 Jahren	204708	253235
20—25 „	233710	256237
25—30 „	159545	133754
30—35 „	120714	71749
35—40 „	100132	41749
40—45 „	89317	27396
45—50 „	78699	17989
50—55 „	58635	10700
55—60 „	42067	6406
60ff. „	33831	4039
	1120358	823254

Zwischen Angestellten und *Arbeitern* besteht ein Unterschied. Dieser kommt auch gesetzlich zum Ausdruck, so in der Sondersozialversicherung für Angestellte und auch darin, daß beide Arbeitnehmergruppen ihre Vertreter für den Betriebsrat getrennt zu wählen haben und zur Wahrnehmung besonderer Interessen Angestelltenräte neben Arbeiterräten von der Belegschaft zu bestimmen sind. Arbeiter ist, wer seine Arbeitskraft berufmäßig anderen zur Verfügung stellt, für des anderen Unternehmung arbeitet und sich durch den Arbeitsvertrag verpflichtet, den Weisungen des anderen zu folgen. Die Bedeutung eines großen und dauerhaften Bestandes an hochwertigen Arbeitern ist von allen Kulturländern hochgeschätzt, denn man weiß, daß darin die Möglichkeit eines Vorsprungs vor den konkurrierenden Nationen begründet ist. Technische Fortschritte sind nicht erzielbar, wenn nicht eine hinreichend intelligente Arbeiterschaft vorhanden ist, welche die neuen Einrichtungen versteht und sich ihnen anzupassen weiß. Je mehr die Rationalisierung und die Vervollkommnung des Produktionsprozesses fortschreitet und die ganze Arbeitskraft durch Maschinen ersetzt wird, desto mehr wird der intelligente Bedienungsmann benötigt. Bei der heutigen Lage Deutschlands im Wirtschaftsleben kommt es auf einen möglichst großen Bestand höchst leistungsfähiger Arbeiter besonders an, denn nur durch Qualitätsleistungen wird die deutsche Wirtschaft die durch den Krieg verlorenen Märkte wiedergewinnen können.

Die gesamte wirtschaftliche Arbeit ist durch ihre geschichtliche Entwicklung differenziert worden: erstens nach Erwerbszweigen (wie Landwirtschaft, Handel und Gewerbe), zweitens nach der Stufung der Arbeit innerhalb des Produktionsprozesses (Unternehmer, Angestellter, Arbeiter) und drittens nach der Arbeitsteilung. *Man unterscheidet die berufliche von der technischen Arbeitsteilung.*

Wesen und Entstehung der beruflichen — gesellschaftlichen und persönlichen — *Arbeitsteilung* kann nicht besser dargelegt werden, als es (Robert) Jacques Turgot bereits 1766 getan hat („Réflexions sur la formation et la distribution des richesses"): „Die Güter, welche die Erde hervorbringt, sind zum größten Teil in dem Zustand, in welchem die Natur sie darbietet, zur Befriedigung der verschiedenen Bedürfnisse des Menschen ungeeignet. Sie müssen vielfachen Veränderungen unterworfen und künstlich hergerichtet werden. Man muß Weizen in Mehl und Brot verwandeln, die Seide aus den Kokons ziehen, Hanf und Flachs brechen und rösten, sie darauf zu verschiedenen Geweben verarbeiten, diese zuschneiden und nähen, um daraus Kleidungsstücke, Stiefel usw. zu verfertigen. Wenn derselbe Mensch, der seinem Boden alle diese Früchte entzieht und sie für seinen Bedarf verwendet, gezwungen wäre, sie alle diese Zwischenstufen selbst durchmachen zu lassen, so würde er gewiß sehr schlecht zum Ziel kommen. Der größte Teil dieser Vorkehrungen erfordert Mühe, Aufmerksamkeit und eine Erfahrung, die man sich nur in andauernder Arbeit an einer großen Menge desselben Materials erwirbt. Nehmen wir z. B. die Zurichtung des Leders. Welcher Landarbeiter könnte alle für diesen Prozeß erforderlichen Einzelheiten selbst vornehmen, die mehrere Monate, ja manchmal mehrere Jahre dauern? Und wenn er es vermöchte, könnte er es an einem einzigen Stück Leder? Welch ein Verlust an Zeit, Raum, Materialien, die gleichzeitig oder nacheinander hätten dazu dienen können, um eine große Menge Leder zu gerben! Aber selbst wenn es ihm gelänge, ein Leder ganz allein zu gerben, so braucht er doch nur ein Paar Stiefel! Was macht er also mit dem übrigen Leder? Wird er einen Ochsen schlachten, um ein Paar Stiefel zu erhalten? Wird er einen Baum fällen,

um sich ein Paar Holzschuhe zu schneiden? Gleiches kann man von anderen Bedürfnissen desselben Menschen sagen, der, wenn er auf sein Feld und seine Arbeit allein angewiesen wäre, viel Zeit und Mühe aufwenden würde, um sich dennoch in jeder Hinsicht schlecht auszustatten und seinen Boden sehr schlecht zu bebauen. Die Notwendigkeit der Stoffveredelung führt zum Austausch der Produkte gegen Arbeit ... Alle Welt gewann bei dieser Einrichtung, weil jeder, indem er sich einer einzigen Art der Arbeit widmete, damit viel besser vorwärtskam. Der Landmann zog aus seinem Felde die größtmögliche Menge von Produkten und verschaffte sich durch den Austausch seines Überschusses viel leichter all seinen sonstigen Bedarf, als er es durch seine Arbeit hätte tun können. Der Schuster, indem er Stiefel für den Landmann machte, verschaffte sich dadurch einen Teil von dessen Ernte. Jeder Arbeiter arbeitete für die Bedürfnisse der Arbeiter aller anderen Berufe, welche ihrerseits alle für ihn arbeiteten."

Die von Turgot geschilderten Vorgänge fallen etwa in die *Zeit der Städtebildung*. Durch diese kam eine neue menschliche Siedlungsform neben der überkommenen ländlichen auf, und zugleich bedingte die Städtebildung eine *Trennung zwischen Urproduktion und Stoffverarbeitung*, zwischen Agrar- und Gewerbetätigkeit. Durch diese Trennung wurde die Grundlage für die heutige berufliche Gliederung der wirtschaftlichen Arbeit gelegt. Mit der Ausbildung der städtischen Siedlung ging die des Gewerbes einher. Aus ihr erstand und entwickelte sich das Handwerk. Die Triebkraft dieser beruflichen Arbeitsteilung war die Notwendigkeit eines Austausches der Produktionserzeugnisse. Jeder Handwerker fertigte nur bestimmte Waren an, verkaufte sie direkt an den Verbraucher und erwarb im Marktverkehr die erforderlichen Rohstoffe. Die Steigerung der Produktivität, welche die Triebkraft der technischen Arbeitsteilung darstellt, gewann erst sehr viel später einen Einfluß auf Handwerk und Zünfte.

Mit der Städtebildung und den von Turgot geschilderten Vorgängen bei Entstehung und Aufkommen des Handwerks begann auch die Berufserziehung der Handwerker. Die Berufsgenossen eines Handwerks schlossen sich zu Zünften zusammen; diese erlangten von der Obrigkeit gewisse Vorrechte, schufen auch Vorschriften über Arbeitszeit, Wettbewerb und Lehrlingsauslese und -ausbildung. Die mittelalterlichen Zünfte besaßen sogar eine Art Berufsberatung. Aber die zünftlerische Berufsberatung geschah nicht im Interesse der Jugendlichen, der Wirtschaft und des Volkes, sondern ausschließlich aus privatwirtschaftlichen und ständischen Beweggründen. Die aus dem Geist der Nivellierung geschaffenen Zunftsatzungen verhinderten jedoch die Ausdehnung des einzelnen Zunftbetriebes, als die Nachfrage nach Handwerkserzeugnissen stieg, und beförderten dadurch systematisch den Fortgang der Berufsspezialisierung, bis hin zu der bunten Mannigfaltigkeit des ausgehenden Mittelalters. Eine neue Entwicklungsphase der beruflichen Arbeitsteilung begann im 19. Jahrhundert unter dem Einfluß der kapitalistischen Industrialisierung; die schon im Mittelalter begonnene Aufteilung schreitet noch weiter fort, und vollständig neue Zweige (wie die Gas- und Elektrizitätsbewirtschaftung) treten hinzu.

Harms gibt hierfür ein gutes Beispiel, die Buchbinderei: „Noch im 18. Jahrhundert machte der Buchbinder sozusagen alles, was mit dem Leim- und Kleistertopf irgendwie zusammenhing. Aus seinem umfangreichen Arbeitsgebiet scheiden aber nach dem noch aus, um die Basis für selbständige Unternehmungen zu werden: die Herstellung von Albums, Briefkuverts, Tüten, Galanteriewaren, Gebet- und Gesangbüchern, Geschäftsbüchern, Papier- und Holzwaren u. dgl. Auch die gesamte Kartonnagefabrikation, die ihrerseits wieder mannigfaltig spezialisiert worden ist: Fabrikation von Atrappen, Bonbonnieren, Briefordnern, Brillenetuis, Futteralen, Hutschachteln, Kartons, Kotillonartikeln, Musterkarten, Papierkragen, Pappspielwaren usw. Manche dieser Artikel werden zwar auch heute noch in einer Unternehmung hergestellt, für alle gibt es aber daneben — und nicht selten ausschließlich — Sonderunternehmungen. Wie in der Buchbinderei so auch sonst ..."

Bei der *Urproduktion* ist eine solche Entwicklung der beruflichen Arbeitsteilung wie bei der Veredelungsproduktion nicht aufzufinden. Ackerbau und Viehzucht sind bis heute Gegenstand ein und derselben Unternehmung geblieben.

Nur unter besonderen Verhältnissen wird der eine oder der andere Ackerbau- und Viehzuchtzweig stärker betont. Nur einige wenige Zweige haben sich ganz losgelöst: die heute in mehrere Zweige aufgespaltene Gärtnerei, die Fischerei und Forstwirtschaft und einzelne Zweige wie der Anbau von Wein, Hopfen, Tabak, Obst- und Bienenzucht; in der Abspaltung begriffen ist die Meiereiwirtschaft. Andererseits zeigen die Branntwein- und Essigfabrikation und die Zuckerfabrikation wieder die Tendenz der rückständigen Angliederung an die Landwirtschaft.

Im *Handel*, namentlich im Kleinhandel, bemerken wir heute eine weitgehende Arbeitsteilung nach den einzelnen Warengattungen. Indes scheint hier durch den Einfluß der Warenhäuser ebenfalls eine rückläufige Bewegung einzusetzen.

Aus vielerlei Gründen hat man dem *subjektiven* oder individuellen *Beruf* den *objektiven* oder Unternehmerberuf entgegengestellt; der subjektive Beruf bedeutet die Lebensstellung, den durch Tätigkeit oder Betriebszugehörigkeit oder beides bestimmten Beruf; der objektive Beruf betont nur die betriebliche Seite des Berufsbegriffs. Die subjektive Berufszugehörigkeit ist die Grundlage der modernen Berufsorganisationen, nicht nur der Handwerker, Rechtsanwälte, Ärzte und anderen ständisch orientierten Gruppen, sondern auch der professionellen Arbeitergewerkverbände, und diesem Aufbau dürfte die Zukunft gehören, denn der Grundsatz der rechtlichen Gleichstellung aller Verbände und die Ausdehnung des Organisationsgedankens auf das ganze Volk schreitet mächtig fort, während im Ständezeitalter Über- und Unterordnung galt und aus der Ständeordnung wichtige Bevölkerungsteile ausgeschlossen blieben. Auch ist sicher, daß nur einer subjektiv-ständisch gerichteten Berufsauffassung die Erhaltung und Erneuerung von Berufsmoral, -idealismus, -freudigkeit und -ehre, mit andern Worten einer auf Dienst am Gemeinschaftswohl abzielenden Berufseinstellung gelingen kann.

Die Verschiebung des Schwerpunktes des Berufsgedankens nach der materiellen Seite und die seit langem bestehende wirtschaftliche Unmöglichkeit, daß künftig wie ehedem der Sohn den Beruf seines Vaters ergreift und die Tochter im Haushalt verbleibt, haben die Berufswahl und den Berufswechsel zu wichtigen sozialen Problemen gemacht. Die Zerfahrenheit der heutigen Berufswahl belastet die Allgemeinheit; um die für ihren Fortbestand und ihren Fortschritt notwendigen Leistungen sicherzustellen, braucht sie Kräfte in genügender Zahl und Berufsmenschen, die die erforderlichen Leistungen hervorzubringen tatsächlich die Fähigkeiten haben; Fehler bei der Berufswahl verhindern sowohl Wertleistungen wie Aufstieg der Wertvollen. Darum ist die Berufsberatung zur Erhaltung und Förderung notwendig.

Zwischen Berufsberatung und *Berufswechsel* bestehen enge Beziehungen. Soweit nicht Zufall oder Laune den Berufswechsel bedingen, sind es planloses Hineindrängen in ungelernte Arbeit, verfehlte Wahl qualifizierter Berufe, durch Wirtschaftskrisen gestörter Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage oder Übernahme von Beschäftigung infolge Fortkommensbehinderung durch Krankheit, Unfall, Tod des Ernährers u. a. m. In der heutigen Gesellschaftsordnung ist der Berufswechsel innerhalb von Generationen die Regel, die Weitervererbung des Berufs die Ausnahme.

Schwierige Fälle für die Berufsberatung sind die *Berufslosen*. Die Rentner und Pensionierten und durch öffentliche Fürsorge Verpflegten der Berufslosengruppe kommen nur selten in Betracht; dagegen ist die Berufsberatung der großen Zahl der Asozialen, auf lichtscheuen Erwerb Eingestellten und ferner der entlassenen Gefangenen eine wichtige sozialprophylaktische Aufgabe.

Der beruflichen Arbeitsteilung steht die technische gegenüber. Unter technischer *Arbeitsteilung* versteht man die Aufteilung, Zerstückelung des Produktions-

prozesses innerhalb desselben Betriebes in zahlreiche selbständige atomistische Einzelprozesse. Ihr Ziel ist Höchststeigerung der Produktion bei möglichst geringem Aufwand an Kraft, insbesondere an menschlicher Arbeitskraft. Das wichtigste Mittel der modernen technischen Arbeitsteilung ist die Maschine. Man darf mit Recht von einer Maschinisierung der Arbeit sprechen, wenn man berücksichtigt, daß die Maschine bis zum höchstmöglichen Grade die menschliche Arbeit ersetzt und der Arbeiter in den meisten Fällen nur mehr Handlanger der Maschine zu sein braucht.

Die *Wirkung der technischen Arbeitsteilung* muß nach zweierlei Richtung betrachtet werden: für die Wirtschaft und für den einzelnen.

Die ungeheure Produktionssteigerung des 19. Jahrhunderts ist nur aus der technischen Arbeitssteilung begreifbar. Harms zeigt das wieder sehr treffend in dem Beispiel von der Buchbinderei, wo längst nicht mehr ein und derselbe Mann ein Buch von Anfang bis zu Ende herstellt, sondern Falzen, Heften, Beschneiden und alle die andern einzelnen Arbeiten immer nur von ein und demselben Arbeiter ausgeführt werden, der es daher in den immer sich gleichenden Handgriffen zu höchster Fertigkeit bringt und auch keine Zeit verliert mit dem Übergang von einer Arbeit zur andern. Dazu kommt dann noch die Anwendung früher unbekannter Maschinen und ihr Antrieb durch elektrische Kraft, so daß heute das wöchentliche Arbeitsquantum des früheren Buchbinders etwa das tägliche des heutigen darstellt.

Die bewundernswerten Erfolge der *technischen Arbeitsteilung* für Produktionsmehrung und Wirtschaft sind indes *mit vielen und mannigfaltigen Schwierigkeiten für den Arbeitenden erkauft.* Das ökonomische Prinzip ist auf die maschinellen, aber nicht auf die menschlichen Kräfte angewandt; oftmals widerspricht die Durchführung der technischen Arbeitsleistung sogar allen Grundsätzen der Menschenökonomie. Die Möglichkeit und die Notwendigkeit der Produktionssteigerung zwingen den Unternehmer, den Arbeiter nur nach seinem Arbeitswert zu beurteilen und einzuschätzen. In der Fabrik gibt es nur „nackte" Arbeit, der Arbeiter ist eine Zahl, mit der gerechnet wird; erreicht diese Zahl nicht die vorher errechnete Höhe, so wird sie gegen eine andere ausgewechselt. Kein Arbeitnehmer ist mit dem Arbeitgeber „verheiratet" oder umgekehrt. Die Entwicklung der Dinge hat es dahin gebracht, daß der Mann sein Hauptleben der Arbeit, den kleineren Teil seines Daseins dem Leben in der Häuslichkeit gibt.

Die technische Arbeitsteilung hat zu einer *Umwertung der vitalen und sittlichen Eigenart der arbeitenden Persönlichkeit* geführt. Die Freude an der Arbeitsverrichtung ist dem Willen zur Arbeit gewichen, der der Notwendigkeit entspringt, den Lebensunterhalt zu schaffen. Mit Verlust des Arbeitsethos, dem von Schaffensfreude getragenen sittlichen Drang zur Arbeit, wird die Entfaltung der Persönlichkeit im Arbeitsleben der Gemeinschaft gehemmt und schließlich unterbunden.

Die moderne technische Arbeitsteilung hat außer arbeitstechnischen und arbeitspsychologischen auch noch eine Reihe *gesundheitlicher Nachteile für den Arbeitnehmer* im Gefolge. Diese Nachteile sind im allgemeinen bekannt und brauchen deshalb nicht in diesem Zusammenhang ausführlich behandelt zu werden; es reicht vielmehr aus, gewisse Stichworte anzugeben, welche sofort alte, längst bekannte Tatsachen wieder lebendig werden lassen, wie: industrielle Zusammenballung und Zentralisierung, zunehmende Verstadtlichung, schlechte Wohnungsverhältnisse, unzureichende Lohnbedingungen, physikalisch-chemische Schädigungen durch die Arbeit, akute und schleichende Einwirkungen auf den Körper des Arbeitenden, übermäßige Intensivierung des Arbeitsprozesses, zermürbende Wirkung der mechanisierten zerstückelten Arbeit. Die *allgemeine* Wirkung dieser Nachteile

auf den Arbeitenden wird auch durch die Statistik bestätigt: Die Sterblichkeit der industriellen Bevölkerung ist größer als die der nichtindustriellen, insbesondere der agrarischen. Setzt man letztere gleich 100, so betrug die Sterblichkeit der industriellen Jahresklassen 45—60 in dem Zeitraum von 1900—1902 in England 165, in Holland (1908—1911) 110, und auch in der Mortalitätsstatistik der Leipziger Ortskrankenkasse zeigt die industrielle Arbeitergruppe gegenüber der gleichaltrigen Reichsbevölkerung eine deutliche Übersterblichkeit. Die Verschlechterung der Gesundheitsverhältnisse der industriellen Bevölkerung ergab sich früher auch ziemlich deutlich in der Militärtauglichkeitsstatistik. So berichtet Koelsch, daß in England die 3. und 4. Generation der Industriearbeiter einen kleineren Wuchs, Deformitäten, mangelhafte Gesamtentwicklung zeigten, und daß bei den englischen Musterungen während des Weltkrieges von $2^1/_2$ Millionen jungen gemusterten Engländern nur 36% als tauglich für den Kriegsdienst befunden wurden. In Deutschland betrug die Zahl der Militärtauglichen der Berliner Industriebevölkerung 1903 nur 34,4%, dagegen 1904 nur 28,7%, während die jungen Leute aus landwirtschaftlichen Bezirken eine bessere Konstitution und eine höher Tauglichkeit aufwiesen.

Über die *besonderen* Einwirkungen der industriellen Arbeit auf Leistungsfähigkeit und Alter des männlichen Arbeitnehmers sagt Koelsch folgendes:

„Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, daß im Erwerbsleben des modernen Industriearbeiters mit Beginn der 40er Jahre gewisse Veränderungen vor sich gehen. Nach amtlichen Erhebungen in 15 Industriegruppen betrug der Anteil der Arbeiter über 40 bis 60 Jahre nur mehr 27%. Und wo noch derartige ältere Arbeiter vorhanden sind, zeigen sie vielfach ein vermindertes Einkommen, sind von hochqualifizierten Arbeiten zu weniger anspruchsvollen Arbeiten heruntergedrückt worden, können mit jüngeren Arbeitskräften qualitativ oder quantitativ nicht mehr gleichen Schritt halten. Zwar treffen diese Erfahrungen nicht für alle Berufsgruppen und Länder zu, für einen Großteil aber bestimmt. Es handelt sich hier um die Wirkungen einer vorzeitigen konstitutionellen Erschöpfung des Gesamtorganismus oder einzelner wichtiger Organsysteme (Zirkulation, Assimilation usw.) oder eines Nachlasses des Muskelgefühls oder einer funktionellen Störung an den Muskeln, Sehnen, Gelenken, einer Verminderung der Reaktionsgeschwindigkeit, einer Abnahme der Sinnesempfindungen, wie des Tastgefühls, der Hör- und Sehfähigkeit, des Lage- und Schweresinnes u. dgl. mehr. Vermutlich ist es weniger die Ermüdung oder Übermüdung als solche, die derartige organische und funktionelle Störungen macht, als vielmehr die ungenügende Erholung, das Zurückbleiben kleinster Ermüdungsreste im Verlaufe der Arbeitsjahre, die nicht mehr vollkommen ausgeglichen werden; es handelt sich dabei weniger um die Folgen einer täglichen muskulären Allgemeinermüdung, wie wir sie etwa bei einem Holzhauer oder landwirtschaftlichen Tagelöhner finden, als um geringfügige Ermüdung der bei den täglichen Handgriffen viele Hunderte mal beanspruchten kleinen Muskeln, der Nervenendapparate, der entsprechenden Nervenzentren, die bis zum nächsten Arbeitstag nicht mehr vollständig zurückgebildet ist. Erst die Abnahme der Menge und Güte der Leistung weist auf diese sich schleichend vollziehende Abnützung hin. Ähnlich wie in der Technik auch das widerstandsfähigste Material ‚ermüden' kann bei fortgesetzter Überbeanspruchung, so leidet auch das Zellmaterial des menschlichen Arbeitsorganismus, seine Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft. Diese Auswirkungen des modernen Arbeitsprozesses kommen natürlich zu einem Bruchteil in der beruflichen Krankheits- oder Sterbestatistik zum Ausdruck; sie tragen bei zu einer Erhöhung der Zahl der Erschöpfungskrankheiten, Herzleiden, Krankheiten der Nerven- und Sinnesorgane (Neurosen, Neurasthenie); zum größeren Teil treten diese Folgen nach der wirtschaftlichen Seite in Erscheinung, in der Minderung der Qualitätsleistung und demgemäß auch des Einkommens."

Die *Jugendlichen* kommen meistens *viel zu früh in den Beruf*. In einem Lebensalter, in dem ihr Organismus noch in voller Entwicklung steht, sind sie den an sie gestellten Anforderungen sehr oft nicht gewachsen. Die Folgen sind Verbiegungen der Wirbelsäule, Plattfußbildung und andere Leiden schon nach wenigen Monaten der Berufstätigkeit. Diesen Schädigungen soll der ärztliche Berufsberater entgegenwirken. Eine maßvolle körperliche Betätigung kann sehr wohl zur Dehnung des Brustkorbes, zu guter Knochen-, Muskel- Organ- und Blutbildung beitragen. Aber der Jugendliche muß zur richtigen Entwick-

lungszeit und am richtigen Ort mit der richtigen Menge und der besten Form von Arbeit versehen werden. Fälle, in denen die Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, sollten vor Eintritt in den eigentlichen Beruf einer der Körperentwicklung dienenden Zwischenbeschäftigung zugeführt werden. Dem ärztlichen Berufsberater obliegt es auch, den Arbeitgeber für die körperliche Entwicklung des Jugendlichen zu interessieren, insbesondere für die der weiblichen Lehrlinge. Diese befinden sich bekanntlich vor Abschluß der sexuellen Entwicklung in einer erhöhten Krankheitsbereitschaft und geraten durch eine vorzeitige und unzweckmäßige Berufsarbeit in die Gefahr des völligen Verlustes ihrer Fähigkeit zu ihrem natürlichen und wichtigsten Beruf — der Mutterschaft.

Die technische Arbeitsteilung führte wegen ihrer zahlreichen und einschneidenden technischen Umwälzungen in weit höherem Maße als die berufliche dazu, daß einmal die geschickteren und billigeren — wenn auch schwächeren — Frauenhände von den Arbeitgebern gesucht wurden und daß andererseits durch die wirtschaftliche Not die *Frauen*, insbesondere die verheirateten, zu der gewinnbringenden, zerstückelten Arbeit gedrängt wurden.

Um *den gesundheitlichen Schaden abzuwenden*, hat man in die *Gewerbeordnung* bestimmte *Arbeiterschutzvorschriften* aufgenommen, die jedoch, so anerkennenswert sie in vieler Hinsicht auch sind, nicht als voll ausreichend angesehen werden können. Auch Koelsch kommt zu dem Urteil, daß eine umfassendere Gesundheitsfürsorge eine berechtigte Forderung sowohl des Arbeiters als auch des Hygienikers sei.

Auch durch *Sozialpolitik und Arbeitsrecht* sucht man den Arbeitenden vor den Nachteilen der modernen Arbeit zu schützen. Die *Sozialpolitik* hat den Arbeiterschutz inauguriert und vervollständigt, und sie hat ferner die Sozialversicherungen geschaffen und gefördert. Ihr Träger ist der Staat, ihr Adressat der Unternehmer, ihr Gegenstand der Angestellte und Arbeiter, ihr Zweck: Schutz des schwächeren Teils vor den Folgen der Vertragsfreiheit. Mit dem Fortschreiten dieser letzteren entstand das moderne *Arbeitsrecht*, dessen Zusammenfassung im „Gesetzbuch der Arbeit" Aufgabe der Zukunft ist.

Einen weiteren Versuch zur Lösung des Arbeitsproblems hat die *wissenschaftliche Betriebsführung* unternommen. Darunter hat man sich kein System, nichts an sich äußerlich Einheitliches vorzustellen, sondern eine geistige Einstellung gegenüber den organisatorischen Aufgaben der Betriebsleitung und eine Summe von bei dieser Einstellung gewonnenen Erfahrungen. Die Betriebsführung bezweckt, die Tätigkeit der Arbeiter im Betriebe zu regeln; sie geht davon aus, daß die Betriebsleitung von der zu verrichtenden Arbeit mehr versteht als der Arbeiter, der sie ausführt. Die wissenschaftliche Betriebsführung muß eine Betriebserziehung der Arbeiter durchführen, denn wo der Wille bei der Arbeiterschaft fehlt, nach einem wissenschaftlich durchdachten Plan zu arbeiten, wird auch dieser Plan zunichte. Die wissenschaftliche Betriebsführung hat eine Reihe großer Erfolge aufzuweisen, insbesondere innere, indes sind auch gegen sie eine Reihe von allgemeinen und besonderen Bedenken angeführt worden. So wirft man ihr eine körperliche Überbeanspruchung des Arbeitenden vor, der — namentlich auf die Dauer — niemand gewachsen ist, und auch die stärkere Entseelung der Arbeit wird den Vertretern der wissenschaftlichen Betriebsführung vorgehalten. Riedel führt darüber aus: „. . . Es bleibt zunächst anzuerkennen, daß die von der wissenschaftlichen Betriebsführung erstmalig durchgeführte Untersuchung der menschlichen Arbeitsleistungen im Betriebe auf beste Gestaltung hin einen gewaltigen Fortschritt bedeutet. Weiter aber ist festzustellen, daß die verwendeten Methoden noch durchaus unvollkommen sind. Ihnen mangelt ein ausreichendes wissenschaftliches Fundament, vor allem eine psychologische Grundlegung, ohne

die auch das bisher Erreichte in seinem Wert höchst fraglich dasteht. Diese Lücke zu füllen, die Untersuchung der wirtschaftlichen Arbeit im Betriebe aus ihrer einseitigen Beleuchtung von der Seite der Wirtschaft, besser noch des wirtschaftlichen Ertrages, herauszurücken, sie zur Untersuchung der ganzen Lebenserscheinung Arbeit zu erweitern und erst darüber hinaus die für die Gestaltung des Sonderfalles der wirtschaftlichen Arbeit geltenden Forderungen zu ziehen, ist die Aufgabe der Arbeitskunde."

Zur Bestgestaltung der Arbeit in den Betrieben und zur Pflege des Faktors „Mensch" in der Industrie ist im Jahre 1925 eine internationale *Vereinigung* gegründet worden. Der Delegationsbericht der Amerikaner, sowie der Bericht des Nationalinstituts für industrielle Physiologie in England weisen wichtige Forschungsergebnisse im Gebiet der Arbeitswissenschaft auf.

3. Wesen und Aufgaben der eigentlichen Berufsberatung.

Der Aufgabenkreis der Berufsberatung umfaßt im wesentlichen drei Tätigkeitsgruppen: die planmäßige Vorbereitung der Berufswahl, den eigentlichen Berufsrat und den Nachweis beruflicher Ausbildungsmöglichkeiten, an die sich die Beobachtung des Erfolges des Jugendlichen anschließt. Die planmäßige Vorbereitung der Berufswahl soll die Jugendlichen und ihre Eltern erfassen; sie geschieht vorwiegend in und von seiten der Schule; in welcher Form, davon soll später die Rede sein. Der *Hauptteil der Berufsberatung*, das Beraten, soll ebenfalls schon von der Schule vorbereitet werden, indem sie auf Grund ihrer mehrjährigen Erfahrungen dem Berufsberater ein annähernd vollständiges Bild der geistigen Fähigkeiten, Neigungen und der körperlichen Beschaffenheit der Berufsanwärter übermittelt. Die Beratung selbst geschieht durch Abgabe von Informationen über einzelne Berufe und den allgemeinen Arbeitsmarkt, ferner durch Beraten bei der Auswahl des Berufes derart, daß die Neigungen und Eignungen des Anwärters eingehend ermittelt und berücksichtigt, die vorhandenen Ausbildungsmöglichkeiten ausgenutzt und durch zweckmäßige Verteilung der Berufswilligen zugleich die Bedürfnisse der Wirtschaft befriedigt werden. Die Berufsberatung soll den richtigen Mann an die richtige Stelle bringen. Dazu hat sie zu prüfen: die Beschaffenheit des Anwärters — seine körperlichen, geistigen, seelischen und wirtschaftlichen Vorbedingungen und Verhältnisse und deren Übereinstimmung mit den Erfordernissen des in Aussicht genommenen Berufes — und die Bedürfnisse der Wirtschaft an planmäßiger Zufuhr des unentbehrlichen Nachwuchses. Die Berufsberatung hat sich, wie ihr Name sagt, darauf zu beschränken, Rat zu erteilen und es dem Ratsuchenden völlig frei zu lassen, ob und wie er den Rat befolgt. Die dritte Aufgabe der Berufsberatung ist die *Lehrstellenvermittlung*. An das Beraten schließt sich der Nachweis von Ausbildungsmöglichkeiten, Anlern- und Lehrstellen an. Ohne diese Vermittlung bleibt die Beratung vielfach ohne Wirkung. Die Berufsberatung vermittelt lediglich vorher geprüfte, ausbildungsmäßig, sittlich und gesundheitlich einwandfreie Lehrstellen. An diese Vermittlung schließt sich noch weiter die nachgehende Beobachtung der Beratenen und Vermittelten an, soweit nicht andere Einrichtungen dafür vorhanden sind.

Die Berufsberatung hat gemeinnützigen, öffentlich-rechtlichen Charakter, soll völlig unparteiisch sein und allen Ratbegehrenden zur freien Verfügung stehen.

Die Berufsberatung ist ein Niederschlag der unsere Zeit tief bewegenden großen Auseinandersetzung zwischen *Individualismus und Universalismus*. Der Individualismus stellt das Individuum in den Vordergrund, denkt es geistig selbstbestimmt, autark, vor Eingehen der gesellschaftlichen Verbindung geistig fertig, absolut, von der Gesellschaft unabhängig, diese erst begründend und dem-

nach die Gesellschaft als nichts Reelles und Eigenes, sondern als Summation, Konglomerat selbständiger Individualatome. Nach der universalistischen Einstellung kann das Individuum sein geistiges Sein erst aus der Gesellschaft ableiten, bildet und baut sich, schafft und erhält sich erst durch die innigste Verwebung mit anderen Individuen; in jeder Gemeinschaft (Mutter — Kind, Lehrer — Schüler, Mann — Frau, Meister — Geselle —Lehrling) findet ein nicht mechanischer, sondern schöpferisch lebensschaffender Austausch statt; die Gesellschaft ist der Lebensquell des Einzelnen und daher ein geistiges und ethisches Gebilde. Ausdrucksformen des Individualismus sind Herrschaftslosigkeit, Manchestertum, Freihandel. Politische Grundsätze des Universalismus sind Gerechtigkeit, organischer Staat, Sozialpolitik, Bodenreform. Der Individualismus fordert für das Individuum das laissez-faire, völlige Unabhängigkeit von Handel und Wandel, insbesondere Sicherheit vor Zugriffen des Staates, unbeschränkte Freiheit für die Verfolgung persönlicher Interessen.

Was ist bezüglich der Berufsberatung zu dem Verhältnis dieser analytischen Gesellschaftserklärungen zu sagen? Der Naturwissenschaftler und der Arzt werden in den meisten Fällen individualistisch eingestellt sein. Man kann das gesamte kulturelle und das gesellschaftliche Leben auch sehr wohl unter beiden Blickrichtungen betrachten. Die Persönlichkeit ist aber nur denkbar als Glied des Ganzen und ebenso die Einzeltat nur als Teil eines Ganzen. Kein Individuum besitzt eine vorgeschriebene natürliche Freiheit seiner wirtschaftlichen, gesellschaftlichen Tätigkeit; die Welt wird nicht von oben her so regiert, daß private und allgemeine Interessen immer zusammenfallen und zum Ausgleich kommen; die Erfahrung lehrt auch nicht, daß einzelne stets klarsichtiger sind als zu einer Gruppe zusammengeschlossene Individuen. Andererseits haben die bisherigen Ausdrucksformen des Universalismus nicht bewiesen, daß diese Einstellung als solche die höchste Glückseligkeit der Allgemeinheit und des Individuums garantiert. Die Berufsberatung verfolgt nun einerseits die Interessen des Individuums, indem sie seine Neigungen und Eignungen mit den Anforderungen und Bedürfnissen des gegenwärtigen und des — nach Möglichkeit zu berechnenden — künftigen Arbeitsmarktes in Harmonie zu bringen sucht, und dient andererseits dabei zugleich dem Allgemeinwohl vermöge ihrer Mitarbeit am Wiederaufbau der Volkswirtschaft, Volkssittlichkeit und Volksgesundheit; ferner ist die Organisation der Berufsberatung derart, daß der Staat das Organisations- und Kontrollrecht hat, die Durchführung der Berufsberatung jedoch den aus Interessentenvertretern gebildeten Kuratorien und Verwaltungsausschüssen und ihren Beauftragten anvertraut ist.

Dieser *eigentlichen Berufsberatung im engeren Sinne* steht die in den Arbeitsnachweisen gegenüber jugendlichen und erwachsenen Ungelernten und Facharbeitern geübte Beratung mit Stellenvermittlung als *Arbeits- bzw. Berufsberatung im weiteren Sinne* zur Seite.

Beide Beratungsweisen haben denselben Kern, nämlich die auf der Prüfung der Eignung des Anwärters für die zu leistende Arbeit beruhende individuelle Arbeitsberatung.

Berufsamt und Arbeitsnachweis sind in neuerer Zeit außerdem wichtige *Träger* gesundheitsfürsorgerischer Arbeit geworden: *der gesundheitlichen Arbeitsfürsorge. Die gesundheitliche Arbeitsfürsorge verfolgt das Ziel, zu verhüten, daß gesundheitlich Anbrüchige und Anbruchsverdächtige mit Arbeiten oder an Arbeitsstätten beschäftigt werden, durch die der Anbruch sich wesentlich verschlimmern könnte.* Der Hauptbestandteil der Arbeitsfürsorge ist die *individuelle Arbeitsberatung*, ihr Ergebnis die *Stellenvermittlung*. Die individuelle Arbeitsberatung bezieht sich sowohl auf den Arbeitsuchenden wie auch auf den Arbeitgebenden.

Das öffentlich-rechtliche Arbeitsfürsorgewesen mit Arbeitsbeschaffung, Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlung, Arbeitslosenfürsorge und -versicherung zeitigte zwangsläufig auch die *gesundheitliche Arbeitsfürsorge* mit dem oben angegebenen Ziel. *An dieser sind wichtige Faktoren interessiert.* Zunächst die Arbeit verteilenden Fürsorgeeinrichtungen selbst, also die Berufsberatung und der Arbeitsnachweis. Alsdann die unterstützenden Fürsorgen: die Erwerbslosenfürsorge, welche zur Einsparung von Erwerbslosenunterstützungen auf die zweckmäßige Dauerbeschäftigung besonders der Facharbeiter und die sorgsame Verhütung ihres Abgleitens zu den Ungelernten bedacht sein muß; die Fürsorge für Tuberkulöse zum Schutz der Allgemeinheit vor tuberkulösen Arbeitnehmern und zum Schutz der tuberkulösen Arbeitnehmer selbst vor Arbeiten, welche ihr Leiden wesentlich verschlimmern, ihren Wirtschaftswert anormal verringern und ihr Dasein überschnell zum letalen Ausgang führen können; weiter die Fürsorge für Alkoholkranke, denn sie hat ein Interesse daran, arbeitsfähige Alkoholiker nicht unausgenutzt zu lassen, andererseits sie vor Arbeitsverrichtungen zu schützen, mit denen eine erhöhte Gefahr zu Rückfällen und Unfällen verbunden ist; weiterhin die Fürsorge für Krüppel, Taubstumme und Blinde, um sie durch Verschaffung von Eigenerwerb vor der öffentlichen Unterstützung zu schützen und ihnen das durch ihre Krankheit ohnehin dauernd aufgezwungene Gefühl der Beeinträchtigung und des Halbwertes zu mindern und sie durch die Bereitstellung produktiver Arbeit zu arbeits- und lebensfrohen Geschöpfen zu machen; ferner die Fürsorge für Psychopathen, Schwachsinnige und entlassene Geisteskranke, die, am falschen Arbeitsplatz verwendet, sehr leicht in den Verdacht der Widerspenstigkeit kommen und wirtschaftlicher Beschäftigung entzogen werden. An der gesundheitlichen Arbeitsfürsorge sind auch die Kommunen und Fürsorgeverbände (R. F. V.) interessiert: um die noch arbeitsfähigen Fürsorgebedürftigen entsprechend ihrem verbliebenen Gesundheitsrest wirtschaftlich zu verwerten und die Kosten für die öffentliche Wohlfahrtspflege zu verringern, um die in Hospitälern untergebrachten und dauernd ärztlicher Beratung, aber nicht Hilfe Bedürftigen innerhalb des Anstaltsbetriebes oder außerhalb desselben gewissen nützlichen, wenn auch nicht für die Hospitalträger rentablen, so doch für die Hospitaliten psychisch erfrischenden Beschäftigung zuzuführen und endlich, um der kommunalen Prostituiertenfürsorge ein brauchbares Mittel an die Hand zu geben, die Prostituierten durch zweckvolle Arbeit von ihrem Erwerb abzubringen. Einen wesentlichen Anteil an der gesundheitlichen Arbeitsfürsorge nimmt auch die Sozialversicherung: die Unfallversicherung, um statt der dauernden Rente den Unfallverletzten und Berufskranken eine ihrem verbliebenen Gesundheitsrest entsprechende Arbeit zum Selbstverdienen zu vermitteln; die Alters- und Invalidenversicherung, um den vorzeitigen Eintritt der Invalidität durch rechtzeitige Arbeitsumstellung auf dem Wege beratender Einwirkung zu verhüten; noch stärkere Beziehungen zu diesem Fürsorgekomplex hat die Krankenversicherung und wird sich ihm als einem unentbehrlichen Helfer für ihre Krankheit heilenden wie vorbeugenden Funktionen gern anpassen.

Für *die praktische Durchführung der gesundheitlichen Arbeitsfürsorge* bei dem Arbeitsnachweis und der Erwerbslosenfürsorge liegen bereits die Erfahrungen des Gewerbearztes der Stadt Berlin aus dem Zeitabschnitt 1921—1922 vor; auch Knack-Hamburg hat über seine Tätigkeit am Hamburger Landesarbeitsamt im Reichsarbeitsblatt 1925 ähnlich berichtet. Beide Autoren haben auf dem Internationalen Gewerbehygienekongreß Amsterdam 1925 ihre übereinstimmenden Ergebnisse dargelegt. Die gesundheitliche Arbeitsfürsorge beim Arbeitsnachweis knüpft an den Hauptbestandteil der Arbeitsnachweisarbeit an, die individuelle Arbeitsberatung. Sie ist die Grundlage vor allem des öffentlich-rechtlichen

Arbeitsnachweiswesens und die Vorbedingung seiner Mehrleistung vor dem privaten Stellenvermittlungswesen. Arbeitsberatung ohne Berücksichtigung der gesundheitlichen Eigenart des Arbeitsuchenden und der zu besetzenden Stelle aber bleibt unvollständig und ungenügend. Diese Erkenntnis ist heute Gemeingut aller Arbeitsnachweissachverständigen und hat zur zunächst neben-, später hauptamtlichen Verwendung gewerbemedizinisch vorgeschulter Ärzte an einer Reihe großstädtischer Arbeitsnachweise und weiterhin zur Anstellung hauptamtlicher ärztlicher Dezernenten bei Landesarbeitsämtern geführt. Dadurch ist nicht allein eine veränderte Begutachtung der Erwerbslosenunterstützung beantragenden und Stellenvermittlung erheischenden Arbeitslosen eingetreten, sondern zugleich eine Aufbesserung des Gesundheitszustandes anbrüchiger Arbeitsloser während der Erwerbslosigkeit auf dem Wege der arbeitsgemeinschaftlichen Heranziehung von Krankenkassen und Fürsorgen für Tuberkulöse, Alkoholkranke, Geschlechtskranke usw. ermöglicht worden. Für die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit der Arbeitslosen wurde früher an den Arbeitsnachweisarzt die Frage gerichtet: besteht eine Erwerbsbeschränkung und auf wieviel Prozent Lohneinbuße, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, kann sie geschätzt werden? Diese Frage wird heute nur noch gestellt, wenn es sich um Ungelernte handelt. Mit zunehmender Verfeinerung der Arbeitsnachweisarbeit, besonders derjenigen für Angelernte und Facharbeiter, und dem schärferen Durchdringen des Grundsatzes, daß vornehmlich in Wirtschaftskrisen das Abgleiten der Facharbeiter und Angelernten zu den Ungelernten zu verhüten ist, bildete sich die neue Fragestellung an den Arbeitsnachweisarzt heraus: Bestehen bei dem Arbeitslosen Zeichen für Verminderung seiner gesundheitlichen Leistungsfähigkeit, insbesondere Zeichen keimender oder ausgebildeter Krankheit und wird der Arbeitslose dadurch beeinträchtigt oder verhindert, gewisse oder alle Arbeiten seines Berufes zu verrichten? Handelt es sich nur um vorübergehende Störungen und was ist zu ihrer Milderung und Beseitigung zu veranlassen, oder liegt ein Dauerzustand vor? Dadurch wird der *Arzt* zum *Arbeitsberater*.

Über die *Ergebnisse* der gewerbeärztlichen Tätigkeit in Berlin 1921/22 mag kurz angeführt werden: Zur Sicherung der Gesundheitsfeststellung wurden biometrische und konstitutionelle Prüfungsmethoden und weitgehender fachärztlicher Beirat herangezogen; auch wurde eine zahnärztliche Untersuchungsstation und eine psychotechnische Prüfstelle eingerichtet. Ein besonderes Interesse wurde den langfristigen Erwerbslosen und den Erwerbsbeschränkten entgegengebracht und durch persönliche Fühlungnahme mit den Arbeitgeberverbänden manche freie Stelle geschaffen und besetzt, die konjunkturmäßig nicht frei war. Persönliche Betriebsbesuche des Gewerbearztes, seine engere Verbindung mit Betriebsleitern fördern nicht nur seine Kenntnisse und erleichtern seine Arbeit, sondern erfüllen auch die Erwerbslosenfürsorger und Arbeitsvermittler mit Verständnis für ärztliche Mitarbeit und Einsicht in die Notwendigkeit und Bedeutung der Persönlichkeitsarbeit bei der ganzen sozialen Tätigkeit. Bei der Eliminierung der über $66^2/_3\%$ Erwerbsunfähigen lernte man auf diese Weise allmählich immer vorsichtiger werden. Gleichzeitig wurden dadurch die städtischen Armenlasten verringert. Bei den zwischen $66^2/_3$ und 50% Erwerbsbeschränkten war die Heranbildung einer gewerbeärztlichen Arbeitsberatung zusammen mit dem Vermittler des Arbeitsnachweises und dem Erwerbslosenfürsorger dringend nötig zur Entlastung der Arbeitsumleitungsverfahren.

Die Erwerbsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt war:

1.	uneingeschränkt vorhanden	in	678 Fällen
2.	die Erwerbsverminderung ist dauernd unter $66^2/_3$	„	1522 „
3.	„ „ „ „ über $66^2/_3\%$	„	263 „
4.	„ „ „ vorübergehend unter $66^2/_3\%$	„	57 „
5.	„ „ „ „ über $66^2/_3\%$	„	72 „
6.	Umleitung in eine andere Beschäftigung war nötig	„	43 „
7.	das Ziel der Erwerbsfähigkeit dürfte nicht erreicht werden	„	11 „
		Sa.	2646 Fälle

Bei den untersuchten 1927 *Gelernten* verhielt sich die Berufsfähigkeit wie folgt:
Die Berufsfähigkeit war:

1.	uneingeschränkt vorhanden	in	403 Fällen
2.	vermindert, die Berufsausübung war gar nicht beeinflußt	„	28 „
3.	die Berufsausübung war nur unwesentlich beeinflußt.	„	423 „
4.	„ Berufsfähigkeit ist nur für bestimmte Arbeitsverrichtungen vorhanden	„	691 „
5.	„ Berufsausübung ist völlig ausgeschlossen	„	167 „
6.	Umleitung war nötig	„	170 „
7.	die Untersuchung mußte wiederholt werden	„	45 „
		Sa.	1927 Fälle

Beruf der Erwerbslosen.

Von 3950 untersuchten und für anbrüchig befundenen Erwerbslosen gehörten zu folgenden Berufsgruppen:

	Männer	Frauen	Summe
I. Landwirtschaft, Tierzucht, Fischerei	55	18	73
II. Forstwirtschaft, Gärtnerei	39	6	45
III. Bergbau, Hütten- und Salinenwesen, Torfgräberei .	299	—	299
IV. Industrie der Steine und Erden	12	1	13
V. Metallverarbeitung	211	30	241
VI. Industrie der Maschinen, Instrumente und Apparate	145	18	163
VII. Chemische Industrie	4	5	9
VIII. Industrie der forstwirtschaftlichen Nebenprodukte Leuchtstoffe, Seifen, Fette, Öle und Firnisse . . .	6	—	6
IX. Textilindustrie	5	14	19
X. Papierindustrie	17	7	24
XI. Lederindustrie und Industrie lederartiger Stoffe .	38	3	41
XII. Industrie der Holz- und Schnitzstoffe	86	8	94
XIII. Industrie der Nahrungs- und Genußmittel . . .	123	17	140
XIV. Bekleidungsgewerbe	105	185	290
XV. Reinigungsgewerbe	11	23	34
XVI. Baugewerbe	200	—	200
XVII. Graphische Gewerbe	31	9	40
XVIII. Künstlerische Betriebe für gewerbliche Zwecke .	—	—	—
XIX. Maschinisten, Heizer, Fabrikarbeiter ohne nähere Bezeichnung	44	51	95
XX. Handelsgewerbe	159	33	192
XXI. Gast- und Schankwirtschaft	71	37	108
XXII. Sonstige Lohnarbeit und häusliche Dienste . . .	1124	500	1624
XXIII. Freie Berufe	136	64	200
	2921	1029	3950

Krankheitsursachen.

Als Anbruchsursache wurde festgestellt:
(Krankheitsgruppeneinteilung der rheinischen Krankenkassenstatistik von Teleky):

	Männer	Frauen	Summe
1 Allgemeine Erschöpfungszustände, Blutarmut	405	121	526
2 Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht	250	103	353
3 Syphilis	43	4	47
4 Tripper, weicher Schanker	5	—	5
5 Grippe	12	7	19
6 Andere Infektionskrankheiten	12	1	13
7 Neubildungen (gut- und bösartige Geschwülste) . . .	5	6	11
8 Krankheiten des Nervensystems	390	145	535
9 „ der Atmungsorgane	108	54	162
10 „ des Herzens und der Arterien	152	70	222
11 Magen-, Darm- und Leberkrankheiten	48	29	77
12 Gebärmutterblutungen und Fehlgeburten	—	45	45
13 Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	60	34	94
14 Hautkrankheiten	115	49	164
15 Muskel- und Gelenkrheumatismus	15	15	30
	1620	683	2303

Tabelle (Fortsetzung).

	Männer	Frauen	Summe
Übertrag	1620	683	2303
16 Andere Krankheiten der Bewegungsorgane	108	48	156
17 Krankheiten der Ohren (ohne Verletzung)	71	18	89
18 „ „ Augen („ „)	111	65	176
19 Verletzungen, anderweitige äußere Einwirkungen und deren Folgen, einschließlich Wundinfektion	201	21	222
20 Gewerbliche Vergiftungen	3	2	5
21 Andere Krankheiten und unbestimmte Diagnosen . .	258	92	350
22 Uneingeschränkt arbeitsfähig	549	100	649
	2921	1029	3950

Die beobachteten Krankheitsgruppen ihrer Häufigkeit nach geordnet:

Nervenkranke	(8)—535	Rheuma	(15)—164
Erschöpfung	(1)—526	Atmungsorgane	(9)—162
Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht	(2)—353	Harn- und Geschlechtskrankheiten	(13)— 94
Unbestimmte Krankheiten . . .	(21)—350	Ohrenkrankheiten	(17)— 89
Herz- und Gefäßleiden	(10)—222	Verdauung	(11)— 77
Verletzungen	(19)—222	Lues	(3)— 47
Augenkrankheiten	(18)—176	Frauenleiden	(12)— 45

Die wegen ernster Krankheit vorübergehend Arbeitsunfähigen wurden gemeinsam mit der Ortskrankenkasse beobachtet, dadurch auch eine bessere Behandlung und kürzere Behandlungsdauer seitens der Kassenärzte erzielt. Die Zusammenarbeit mit den einzelnen Fürsorgen für Tuberkulose, Alkohol usw. gestaltete sich sehr ergiebig, und zwar in zwiefacher Hinsicht: Die gewerbeärztliche Dienststelle überwies die geeigneten Fälle zur fürsorgerischen Bearbeitung an die betreffenden Fürsorgestellen, und umgekehrt nahmen diese die gewerbeärztliche Dienststelle zur Vermittlung besonderer Arbeitsmöglichkeiten für Anbrüchige in Anspruch. Besonders ergebnisreich war die Arbeitsgemeinschaft mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin sowohl in individualmedizinisch-therapeutischer (vor allem für die gründliche Behandlung geschlechtskranker Angehöriger der Nahrungsmittel- und Verkehrsberufe), als auch in sozialmedizinischer Beziehung. Überall bewährte sich das Prinzip, daß die gewerbeärztliche Dienststelle der Ermittlung Fürsorge bedürftiger, ihrer Beobachtung während der Durchführung der Fürsorgemaßnahmen durch die Fürsorgestelle und der späteren Vermittlung passender Arbeit mit Hilfe aufgeklärter Arbeitsnachweisvermittler zu dienen hat. Aus dieser Zusammenarbeit lernten auch die Fürsorgestellen die gewerbeärztliche Dienststelle im Sinne einer gesundheitlichen Arbeitsfürsorge für ihre Schutzbefohlenen beanspruchen. Diese auf Arbeitsteilung beruhende Wechselwirkung brachte wesentliche Erfolge auch ohne besondere Unkosten.

Der praktischen Durchführung der dieserart ärztlich begründeten gesundheitlichen Arbeitsfürsorge treten naturgemäß ständig schwerwiegende *Hemmungen* entgegen: den Arbeitsvermittlern muß die Notwendigkeit vor Augen gehalten werden, in ihren Begriff der individuellen Arbeitsvermittlung die gesundheitliche Beschaffenheit der Arbeitsuchenden und der zu besetzenden freien Stelle mit einzubeziehen; dazu ist nicht allein systematische Ausbildung der Vermittler über Fragen der Gesundheitsfürsorge nötig, sondern mehr noch immerwährende enge Fühlung zwischen Vermittler und Arzt in den Einzelfällen. Die Arbeitnehmer betrachten die ärztliche Arbeit oft mit Mißtrauen als Disqualifizierung der ohnehin benachteiligten Anbrüchigen; hier hat die ärztliche individuelle Beratung von Mensch zu Mensch oder ganzer Gruppen von Arbeitslosen zu wirken. Die Arbeitgeber begrüßen diese ärztliche „Sortierung der Arbeitnehmer“ oft im kapitalistischen Sinne, sehr viele andere, namentlich größere Werke aber als Anregung zu einer wirklich individuellen und für beide Teile, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, gewinnbringenden Verwendung; hier muß die Persönlichkeit des Arztes wirken in demselben Sinne wie in der sozialen Arbeit überhaupt nur die individuelle Fürsorgerpersönlichkeit sich durchzusetzen vermag. Und macht die Konjunkturschwankung nicht jeden guten Willen unwirksam? — Nur zum Teil, denn sonst würden alle Bemühungen um Unterbringung Arbeitsloser in Krisenzeiten sich vor Beginn ihrer Arbeit ihr Todesurteil selbst sprechen müssen.

II. Kurze Übersicht über die geschichtliche Entwicklung und die heutigen gesetzlichen Grundlagen der Berufsberatung.

1. Geschichtliche und zahlenmäßige Entwicklung der Berufsberatung in Deutschland.

Die Berufsberatung in der organisierten planmäßigen Form ist erst in neuester Zeit entstanden; ihre Grundgedanken sind indes, wie schon oben angedeutet wurde, recht alt. Früheren Wirtschaftsepochen kam es weniger auf planvolle Beratung und bewußte Lenkung der Berufswahl an als vielmehr auf Normativbestimmungen für das Lehrlingswesen überhaupt und die Erfüllung gewisser Vorbedingungen für den Eintritt in die Lehre. So verlangte auch die preußische GO. vom 17. Januar 1845 besonders eine ausreichende Schulbildung der Lehrlinge. Der Gedanke der öffentlichen und gemeinnützigen Berufsberatung ist zuerst durchdacht und, soweit die verfügbaren geringen Mittel ausreichten, verwirklicht worden von dem *Bunde deutscher Frauenvereine*, und namentlich *Frau Josephine Levy-Rathenau* hat sich um die Förderung der Berufsberatung größte Verdienste erworben. Der Bund bildete *1898* eine Kommission zur Förderung der beruflichen Erwerbstätigkeit und wirtschaftlichen Selbständigkeit der Frau und zur Bekämpfung der der weiblichen Berufs- und Erwerbsarbeit entgegenstehenden Schwierigkeiten, schuf *1902* die ersten, in der Folge sich rasch vermehrenden Beratungsstellen, in denen Auskunft und Rat erteilt wurde, und gründete bald danach auch eine Zeitschrift „Frauenberuf und Erwerb". Das 1911 ins Leben gerufene Kartell der Auskunftsstellen für Frauenberufe ist bereits von dem Gedanken getragen, dem Volksganzen zu dienen und Berufsämter zu bilden. 1916 wurde die Forderung erhoben, der Staat möchte ein *Reichsarbeits- und Berufsamt* errichten. Nachdem dieser Gedanke Wirklichkeit geworden war, löste sich das Kartell 1921 auf, und es verblieb das Berliner Frauenberufsamt des Bundes, das sich neben dem Unterhalt eines umfangreichen Archives und Bücherbestandes die Aufgabe gesetzt hat, die mit den Berufs- und Erwerbsverhältnissen der Frau zusammenhängenden wirtschaftlichen, sittlichen, psychologischen und gesundheitlichen Verhältnisse zu ermitteln, Gutachten für weibliche Berufs- und Bildungsfragen zu erstatten und eine volkswirtschaftlich zweckmäßige Entwicklung der Frauenerwerbsarbeit zu fördern. Durch die Arbeit des Bundes der Frauenvereine angeregt, nahmen auch *die Handwerksorganisationen* den Gedanken der bewußten Lenkung der Berufswahl Jugendlicher auf. Ihr Motiv war hauptsächlich die Beseitigung des Lehrlingsmangels, der falschen Einstellung des Publikums zum Handwerk und des Abgleitens der Jugendlichen zu den Ungelernten; ihr Ziel war weniger die Einzelberatung im Sinne der heutigen amtlichen individuellen Berufsberatung, als vielmehr die Propagierung des Handwerks in den Schulen und die praktische Lehrstellenvermittlung. Manche Handwerkskammern entfalteten hierin eine überaus erfolgreiche Tätigkeit. Auch die Handwerksorganisation vertrat den grundsätzlichen Standpunkt: Dezentralisierung der Arbeit, Anlehnung an die örtlichen Innungsausschüsse und Zusammenarbeit mit allen sonst noch in Frage kommenden Interessenten, insbesondere Lehrerschaft, Geistlichkeit, Behörden u. a. m. Auch andere verschiedenartige Verbände und Vereinigungen haben sich an der Fortentwicklung der Berufsberatung aktiv beteiligt, so vor allem seit 1913 *die Zentralstelle für Volkswohlfahrt* und seit 1921 *der Deutsche Ausschuß für Berufsberatung*. Während des Krieges kam die Entwicklung nur um einige Ansätze weiter; 1918 stellte der *Verband der Arbeitsnachweise* Leitsätze für die Organisation und Tätigkeit der Berufsberatung auf, in denen Einheitlichkeit, Unparteilichkeit, Gemeinnützigkeit, Ausdehnung auf alle Berufe, alle Anwärter u. a. m. gefordert wurde.

Übersicht I. *Stand der öffentlichen Berufsberatung im Jahre 1924.* (Nach dem Stande vom 1. April 1925. Siehe Reichsverzeichnis der Arbeitsnachweise.)

Lfd. Nr.	Landesämter für Arbeitsvermittlung	Zahl der unteren Verwaltungsbezirke	Zahl der öffentlichen Berufsberatungsstellen	Von den Bb.-Stellen sind angegliedert an: selbständig	den öffentlichen Arbeitsnachweis	das Wohlfahrtsamt	das Jugendamt	Schule, Berufsschule	Kriegshinterbliebenenfürsorge	sonstige öffentlichen Stellen	Berufsberater hauptamtlich: Zahl der Bb.-Stellen	Zahl der Berater	nebenamtlich	ehrenamtlich	Berufsberaterinnen hauptamtlich: Zahl der Bb.-Stellen	Zahl der Berater	nebenamtlich	ehrenamtlich
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	Ostpreußen	44	24	—	24	—	—	—	—	—	5	6	23	23	3	4	7	10
2	Berlin	20	19	—	19	—	—	—	—	—	19	14	1	—	19	12	1	—
3	Brandenburg	39	42	—	41	1	—	—	—	—	4	4	38	83	1	1	13	18
4	Pommern	34	20	1	19	—	—	—	—	—	4	5	15	5	2	2	3	3
5	Grenzmark	9	2	1	1	—	—	—	—	—	1	1	3	2	—	—	1	—
6	Schlesien	70	73	4	64	5	—	—	—	—	16	22	46	104	5	6	15	26
7	Sachsen, Anhalt	58	37	—	37	—	1	—	—	—	8	11	29	5	2	2	22	—
8	Schleswig-Holstein	22	27	1	26	—	—	—	—	—	1	1	13	25	1	1	5	10
9	Niedersachsen	92	63	—	61	1	—	—	—	—	10	11	50	96	4	4	14	12
10	Westfalen, Lippe	69	42	1	40	—	—	—	—	—	6	6	37	14	4	4	14	12
11	Hessen und Hessen-Nassau	62	28	—	27	—	—	—	—	1	10	16	20	8	6	9	4	2
12	Rheinprovinz	76	52	2	42	2	—	—	—	—	13	16	32	61	7	7	13	9
13	Bayern	222	61	—	52	—	—	2	—	—	5	9	51	39	5	8	12	12
14	Sachsen	37	56	—	55	—	—	—	—	—	13	19	43	73	5	9	7	2
15	Württemberg	68	14	—	14	—	—	—	—	—	3	3	8	4	2	2	6	1
16	Baden	53	15	—	15	—	—	—	—	—	4	4	16	6	3	3	6	6
17	Thüringen	30	14	—	11	—	—	—	—	—	2	2	8	1	1	1	5	—
18	Hamburg	5	3	—	3	—	—	—	—	—	1	3	2	—	1	4	2	—
19	Mecklenburg-Lübeck	30	1	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—
20	Oldenburg	18	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
21	Bremen	4	3	—	3	—	—	—	—	—	2	2	3	—	—	2	—	—
	Deutsches Reich 1924	1062	[1])597	10	556	9	1	2	—	1	128	156	439	549	72	82	150	123
	1922	—	*592*	*71*	*397*	*79*	*14*	*14*	*12*	*5*	*56*	*88*	—	—	*49*	*72*	—	—

[1]) Von 18 Stellen fehlen die Fragebogen, davon ist bei 7 Stellen die Organisation noch nicht durchgeführt. Dadurch erklärt sich auch die Abweichung der Quersumme der Spalten 5—11 von der Summe in Spalte 4.

Übersicht II. *Die Inanspruchnahme der öffentlichen Einrichtungen für Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung vom 1. Juli 1923 bis 30. Juni 1924.*

Lfd. Nr.	Landesämter für Arbeitsvermittlung	Zahl der berichtenden Stellen	Zahl der Ratsuchenden[1]			Schulbildung der Ratsuchenden											
						Volksschüler (einschl. Hilfsschüler)			Schüler mittlerer und höherer Lehranstalten						Ohne Angaben		
									mit weniger als Obersekundareife oder gleichwertiger Ausbildung			mit Obersekundareife und mehr oder gleichwertiger Ausbildung					
			männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	Ostpreußen	15	2264	1624	3888	1939	1330	3269	168	112	280	143	177	320	14	5	19
2	Berlin	7	17837	14305	32142	15908	12549	28457	1404	1154	2558	525	602	1127	.	—	—
3	Brandenburg	29	2840	1015	3855	2566	893	3459	161	61	222	70	30	100	43	31	74
4	Pommern	13	2794	2563	5357	2486	2067	4553	236	312	548	72	184	256	—	—	—
5	Grenzmark	3	135	99	234	135	99	234	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Schlesien	56	16472	10627	27099	15108	9661	24769	404	587	991	957	378	1335	3	1	4
7	Sachsen, Anhalt	35	6944	4648	11592	5805	3976	9781	766	423	1189	329	248	577	44	1	45
8	Schleswig-Holstein	15	2291	1672	3963	2019	1369	3388	210	175	385	62	128	190	—	—	—
9	Niedersachsen	38	5558	3100	8658	4925	2565	7490	478	305	783	149	221	370	6	9	15
10	Westfalen, Lippe	23	11366	7022	18388	10924	6657	17581	341	199	540	101	157	258	—	9	9
11	Hessen, Hessen-Nassau	17	3757	3409	7166	3463	3141	6604	230	206	436	64	62	126	--	—	—
12	Rheinprovinz	19	17458	11666	29124	15967	10607	26574	605	360	965	877	698	1575	9	1	10
13	Bayern	48	16201	16353	32554	15265	15794	31059	589	530	1119	337	28	365	10	1	11
14	Sachsen	35	16608	14314	30922	15913	13481	29394	281	519	800	412	314	726	2	—	2
15	Württemberg[2]	5	6090	2823	9117	5147	2078	7225	542	600	1142	401	145	546		—	204
16	Baden	8	6091	4021	10112	6635	3827	9462	341	137	478	115	57	172	—	—	—
17	Thüringen	12	2054	1364	3418	1907	1321	3228	64	31	95	83	12	95	—		—
18	Hamburg	4	4358	4573	8931	4123	4226	8349	65	39	94	180	308	488	--		
19	Lübeck	1	863	389	1252	617	374	991	243	—	243	3	15	18		—	
20	Bremen	2	2181	811	2992	1973	713	2686	—	—		208	98	306	—	—	—
	Deutsches Reich 1923/24	385	144162	106398	250560[2]	131825	96728	228553	7118	5750	12868	5088	3862	8950	131	58	393
	1922/23	*383*	*134813*	*100200*	*235013*	*119727*	*88862*	*208589*	—	—	—	—	—	—	—	—	—

[1]) Einschließlich Rest des Vorjahres. — [2]) Von Württemberg meldeten 14 Berufsberatungsstellen nur Gesamtzahlen, männliche und weibliche zusammen, = 204 Ratsuchende ohne Angabe der Schulbildung. Dadurch sind die Zahlen der Spalten „zus." um 204 größer als die Summe für „männl." und „weibl.".

Übersicht III. *Ergebnisse der Berufsberatung und Le*

Lfd. Nr.	Landesamt für Arbeitsvermittlung	Zahl der Ratsuchenden[1])			Offene Lehr- und Anlernstellen[1])			Zahl der Beratenen, durch Vermittlung d. Berufsberatungsstelle einen Beruf eintrate		
		männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Ostpreußen	2264	1624	3888	975	820	1795	644	684	13
2	Berlin	17837	14305	32142	7855	5631	13486	4885	4508	93
3	Brandenburg	2840	1015	3855	2327	509	2836	1663	416	20
4	Pommern	2794	2563	5357	1564	589	2153	954	501	14
5	Grenzmark	135	99	234	51	28	79	51	28	
6	Schlesien	16472	10627	27099	10223	4803	15026	8001	4270	122
7	Sachsen, Anhalt	6944	4648	11592	4813	1983	6796	3227	1813	50
8	Schleswig-Holstein	2291	1672	3963	1271	680	1951	820	606	14
9	Niedersachsen	5558	3100	8658	3465	1417	4882	2375	1329	37
10	Westfalen, Lippe	11366	7022	18388	4159	2173	6332	3749	2335	60
11	Hessen, Hessen-Nassau	3757	3409	7166	3148	1710	4858	2553	1285	38
12	Rheinprovinz	17458	11666	29124	7510	4296	11806	6292	4201	104
13	Bayern	16201	15353	32554	12140	7840	19980	8608	6925	155
14	Sachsen	16608	14314	30922	11723	5705	17428	9737	6165	159
15	Württemberg[2])	6090	2823	9117	5982	2412	8522	2856	1123	40
16	Baden	6091	4021	10112	5442	1898	7340	3133	1682	48
17	Thüringen	2054	1364	3418	1577	905	2482	1236	737	19
18	Hamburg	4358	4573	8931	2631	1548	4179	1842	1479	33
19	Lübeck	863	389	1252	258	121	379	183	72	2
20	Bremen	2181	811	2992	1529	329	1858	1210	225	14
	Deutsches Reich 1923/24	144162	106398	250560[2])	88643	45397	134040	64019	40384	1044
	1922/23	*134813*	*100200*	*235013*	*88979*	*48625*	*137604*	*63439*	*38214*	*1016*

Übersicht IV. *Erfassung der Schulentlasse*

Laufende Nr.	Landesamt für Arbeitsvermittlung	Schulen sind auswertbar erfaßt in Berufsberatungsbezirken	Volksschüler einschließlich Hilfsschüler					
			männlich			weiblich		
			entlassen	von der Berufsberatung erfaßt	v. H.	entlassen	von der Berufsberatung erfaßt	v.
1	Ostpreußen	8	2827	883	31,2	2797	392	14,
2	Berlin	4	15658	10039	64,1	16340	7017	42,
3	Brandenburg	21	5937	1735	29,2	5566	725	13,
4	Pommern	8	2220	819	36,9	2197	248	11,
5	Grenzmark	1	647	47	7,3	634	22	3,
6	Schlesien	43	23826	9605	40,3	21950	5094	23,
7	Sachsen, Anhalt	29	12488	4368	35,0	12937	2249	17,
8	Schleswig-Holstein	7	2341	619	26,4	2370	257	10,
9	Niedersachsen	30	11622	3479	29,9	12373	1783	14,
10	Westfalen, Lippe	18	14612	6938	47,5	13330	3755	28,
11	Hessen, Hessen-Nassau	8	4781	2005	42,0	4679	1603	34,
12	Rheinprovinz	14	20320	9961	49,0	19467	5202	26,
13	Bayern	32	20323	8900	43,8	21344	5793	27,
14	Sachsen	25	18842	10358	54,8	20613	7191	34,
15	Württemberg	12	6378	2156	33,8	5743	1156	20,
16	Baden	5	6371	2026	31,8	6807	1610	23,
17	Thüringen	10	5028	1428	28,4	2903	630	21,
18	Hamburg[3])	3	—	—	—	—	—	—
19	Bremen	1	1876	1532	81,7	1994	515	26,
	Deutsches Reich[4]) 1923/24	279	176097	76898	43,7	174034	45242	26,
	1922/23	—	—	—	*42,2*	—	—	*30,*

[1]) Einschließlich Reste des Vorjahres. — [2]) 14 Stellen meldeten die Ergebnisse nur in d größer als die Summe der männlichen und weiblichen Personen. — [3]) Hamburg hat nur die Zahl angegebenen Zahlen sind durch Umrechnung gewonnen. — [4]) Von Lübeck fehlen die Angabe

tellenvermittlung vom 1. Juli 1923 bis 30. Juni 1924.

Von den Beratenen wurden in offene Lehr- oder Anlernstellen vermittelt			Von den Beratenen wurden übergeleitet in öffentliche oder private Fachschulen			in Hochschulen			Von den Ratsuchenden wurden dem öffentlichen Arbeitsnachweis zwecks Vermittlung in ungelernte Arbeit überwiesen			davon waren Schulentlassene des letzten Berichtsjahres		
männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
642	619	1261	2	65	67	—	—	—	22	117	139	12	27	39
4610	3618	8228	210	886	1096	65	4	69	939	714	1653	819	232	1051
1657	376	2033	6	40	46	—	—	—	284	232	516	199	145	344
893	453	1346	51	45	96	10	3	13	271	5	276	71	5	76
51	28	79	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7732	3843	11575	150	416	566	119	11	130	1012	624	1636	612	545	1157
3192	1640	4832	13	172	185	22	1	23	462	717	1179	225	246	471
775	489	1264	27	117	144	18	—	18	156	51	207	128	27	155
2273	1120	3393	85	208	303	7	1	8	946	482	1428	372	214	586
3586	1861	5447	158	466	624	5	8	13	527	182	709	366	142	508
2530	1206	3736	23	79	102	—	—	—	90	213	303	65	166	231
5855	3580	9435	343	553	896	94	68	162	3142	953	4095	1587	456	2042
8407	6398	14805	189	527	716	12	—	12	2225	2593	4818	439	786	1225
9135	4957	14092	552	1194	1746	50	14	64	734	1211	1945	452	834	1286
2830	1021	3915	26	102	128	—	—	—	178	309	487	49	90	139
2954	1526	4480	164	155	319	15	1	16	344	291	635	177	187	364
1216	699	1915	20	38	58	—	—	—	96	152	248	80	136	216
1834	1208	3042	8	268	276	—	3	3	32	110	142	12	—	12
183	67	250	—	5	5	—	—	—	—	9	9	—	—	—
1139	171	1310	71	54	125	—	—	—	93	—	93	52	—	52
61494	34880	96374	2108	5390	7498	417	113	531	11553	8965	20518	5717	4238	9955
60689	*32956*	*93645*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

vom 1. Juli 1923 bis 30. Juni 1924.

Schüler mittlerer und höherer Lehranstalten						Insgesamt					
männlich			weiblich			männlich			weiblich		
entlassen	von der Berufsberatung erfaßt	v. H.	entlassen	von der Berufsberatung erfaßt	v. H.	entlassen	von der Berufsberatung erfaßt	v. H.	entlassen	von der Berufsberatung erfaßt	v. H.
313	88	28,1	399	89	22,3	3140	971	30,9	3196	481	15,0
4701	1134	24,1	2227	497	22,3	20359	11173	54,9	18567	7514	40,5
857	255	29,8	919	165	18,0	6794	1990	29,3	6485	890	13,7
739	150	20,3	504	61	12,1	2959	969	32,7	2701	309	11,4
—	—	—	—	—	—	647	47	7,3	634	22	3,5
2173	527	24,3	1821	326	17,8	25999	10132	39,0	23771	5420	22,8
3601	837	23,2	3083	423	13,7	16089	5205	32,4	16020	2672	16,7
1207	233	19,3	1006	8	0,8	3548	852	24,0	3376	265	7,8
2359	524	22,2	1635	472	28,9	13981	4003	28,6	14008	2255	16,0
1151	223	19,4	1076	192	17,8	15763	7161	45,4	14406	3947	27,4
902	161	17,8	992	133	13,4	5683	2166	38,1	5671	1736	30,6
3593	994	27,7	2390	592	24,8	23913	10955	45,8	21857	5794	26,5
3159	594	18,8	1326	287	21,6	23482	9494	40,4	22670	6080	26,8
1550	380	24,5	728	175	24,0	20392	10738	52,7	21341	7366	34,5
1835	610	33,2	1826	399	21,8	8213	2766	33,7	7569	1555	20,5
1359	304	22,4	701	82	11,7	7730	2330	30,1	7508	1692	22,5
453	134	29,6	347	16	4,6	5481	1562	28,5	3250	646	20,0
—	—	—	—	—	—	9681	3493[3])	36,1	8963	3270[3])	36,5
479	11	2,3	339	88	26,0	2355	1543	65,5	2323	603	26,0
30431	7159	23,5	21319	4005	18,8	216209	87550	40,5	204316	52517	25,7
—	—	*28,8*	—	—	*21,5*	—	—	*40,6*	—	—	*29,9*

Gesamtzahl, männlich und weiblich zusammen; dadurch sind die Zahlen der Zusammenspalte der Gesamtentlassenen angegeben, die von der Berufsberatung erfaßten Personen in v. H., die

Übersicht V. *Anteil der Schulformen.*

Schulart	Von 100 Ratsuchenden waren (Übersicht II)		Von 100 Schulentlassenen sind erfaßt (Übersicht IV)	
	1922/23	1923/24	1922/23	1923/24
Volksschüler männlich	88,8	91,5	42,2	43,7
Volksschüler weiblich	88,7	91,0	30,8	26,0
Schüler mittlerer und höherer Lehranstalten männlich	11,2	8,5	28,8	23,5
Schüler mittlerer und höherer Lehranstalten weiblich	11,3	9,0	21,5	18,8

Zum Vergleich seien hier die Zahlen der Berufsberatungsstatistik für das Vorjahr 1922/23 daneben gestellt:

Häusliche Dienste.

	A. Ratsuchende	B. Offene Stellen	C. Vermittlung
Hausgehilfin 1922/23	8648	7648	4654
Hausgehilfin 1923/24	13703	7607	6423
Höhere Hausangestellten 1922/23	2272	1464	962
Höhere Hausangestellten 1923/24	3375	2405	1356
Häusliche Dienste 1922/23	11822	9598	6304
Insgesamt 1923/24	21544	11862	9696

Wie die Berufsberatung sich in den deutschen Ländern entwickelt hat, zeigt eine statistische Arbeit von Stets im Reichsarbeitsblatt, 5. Jahrg. Nr. 3233 vom 1. September 1925, S. 536ff. Die Arbeit umfaßt die zahlenmäßige Entwicklung der öffentlichen Berufsberatung 1922/24 nach Erhebungen der Reichsarbeitsverwaltung und dem Ergebnis der Berufsberatungsstatistik 1923/24. Die von Stets bearbeiteten Statistiken umfassen 5 Betrachtungsarten. Die erste Übersicht gibt den Stand der öffentlichen Berufsberatung im Jahre 1924 an.

Die Statistik weist im Jahre 1924 597 öffentliche Berufsberatungsstellen gegen 592 im Jahre 1922 auf bei 1062 unteren Verwaltungsbezirken. In Bayern, Sachsen und Württemberg nahm die Zahl der öffentlichen Berufsberatungsstellen zu, in Preußen von 448 auf 429 ab. Die Berufsberatung wird überwiegend im Rahmen der Landesarbeitsämter ausgeübt, in Wechselbeziehung zur Arbeitsvermittlung und Erwerbslosenfürsorge, weil eine erfolgreiche Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung ohne Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage unmöglich ist. Die nebenamtlichen und ehrenamtlichen Berufsberater sind in großer Zahl vorhanden; daraus zeigt sich, daß in weiten Teilen des Reichs die Berufsberatung noch nicht den Umfang angenommen hat, welcher bei der fast restlosen Zusammenfassung der Berufsberatungsstellen in der einen Hand der Landesarbeitsämter zu erwarten war.

Die zweite von Stets gegebene Übersicht zeigt zunächst, daß von 597 öffentlichen Berufsberatungsstellen nur 385 (im Vorjahre 383) berichtet haben, daß man also nur mit 385 ausreichend wirkenden Stellen zu rechnen hat. Die kleinsten Betreuungszahlen zeigen die drei Berufsberatungsstellen der Grenzmark: 234 betreute Volksschüler. Da eine Statistik der Abiturienten höherer Schulen, welche die öffentliche Berufsberatung in Anspruch genommen haben, fehlt, ist ein Vergleich der Zahlen der Volksschüler mit den höheren Schülern nicht möglich. Die in der Statistik genannten Gesamtzahlen zeigen gegenüber 228553 Volksschülern 12868 Schüler aus mittleren und höheren Lehranstalten mit weniger als Obersekundareife und 8950 mit Obersekundareife und darüber. Die 12868 höheren Schüler haben wahrscheinlich aus schlechter wirtschaftlicher Lage oder aus mangelnden Leistungen den weiteren Schulbesuch einstellen müssen.

Die dritte von Stets gegebene statistische Übersicht enthält die Ergebnisse der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung während des Jahres 1. Juli 1923 bis 30. Juni 1924. Danach kommen auf je 100 offene Anlern- und Lehrstellen 162 männliche und 235 weibliche Berufsanwärter. Bei 385 berichtenden Berufsberatungsstellen kommen auf 250560 Ratsuchende 134040 den Berufsberatungsstellen gemeldete offene Lehr- und Anlernstellen, und es treten von den 250560 Ratsuchenden nur 104403, also weniger als die Hälfte, durch die Berufsberatungsstellen in einen Beruf ein. Nur 96374 erhielten eine Lehr- und Anlernstelle durch die Berufsberatung, 7498 wurden in Fachschulen, 531 in Hochschulen übergeleitet und 20518 in ungelernte Arbeit verwiesen.

Die Übersicht IV zeigt die Erfassung der Schulentlassenen. Diese beträgt im Durchschnitt 40,5% der Knaben und 25,7% der Mädchen, für Berlin 54,9% (40,5), für Bremen die Maximalzahl von 65,5 (26), und für die Grenzmark die Minimalzahl von 7,3 (3,5).

Nach Übersicht V wurden von schulentlassenen Volksschülern 43,7% (26) erfaßt, von 100 Ratsuchenden waren 91,5 Volksschüler und 8,5 Schüler mittlerer und höherer Lehranstalten.

In Übersicht VI ist die Aufzählung für die wichtigsten Berufsgruppen erfolgt. Sie zeigt, wie sehr die Berufsberatung mit Erfolg bemüht ist, den Ausgleich zwischen den überlaufenen und den weniger begehrten Berufen herzustellen.

Übersicht VI. *Beratung nach Berufen.* A. Männliche Berufe.

Beruf (Berufsarten)	A. Zahl der Ratsuchenden (gegliedert nach dem gewünschten Beruf)	B. Offene Anlern- und Lehrstellen	C. Vermittlung und Überleitung: Zahl der Beratenen, die durch Mitwirkung des Berufsamtes in einen Beruf eintraten (gegliedert nach dem gewählten Beruf)	Von den Beratenen wurden: vermittelt in offene Anlern- und Lehrstellen	übergeleitet in Fachschulen	übergeleitet in Hochschulen
1	2	3	4	5	6	7
V./VI. Metallverarbeitung und Industrie der Maschinen, Instrumente und Apparate.						
a) Gold- und Silberarbeiter aller Art, Uhrmacher.						
1. Gold- und Silberarbeiter	702	1041	574	573	1	—
2. Uhrmacher	203	153	104	104	—	—
b) Arbeiter für Bearbeitung von Gelb- und Weißmetall.						
1. Drücker	233	419	220	220	—	—
2. Kupferschmiede	243	283	194	194	—	—
3. Gürtler	155	372	255	255	—	—
4. Galvaniseur	43	143	78	78	—	—
5. Gelbgießer	22	49	25	25	—	—
6. Sonstige	384	519	245	245	—	—
c) Beschlag-, Huf- und Wagenschmied.						
	1001	974	648	648	—	—
d) Schmiede für die übrige gesamte Metallverarbeitung.						
1. Schmiede aller Art	1369	1596	1042	1038	7	—
2. Messerschmied	30	71	34	34	—	—
e) Bau-, Konstruktions- und Geldschrankschlosser, Kunstschmiede.						
1. Bau- und Kunstschlosser	4671	3255	2490	2430	58	—
2. Sonstige	35	100	57	57	—	—
f) Schlosser für die übrige gesamte Metallverarbeitung.						
1. Maschinenbauschlosser	9886	4878	4279	4089	173	11
2. Schlosser	3561	2115	1836	1807	29	—
3. Auto-, Fahrrad- und Motorschlosser	2710	518	467	412	54	1
4. Werkzeugschlosser	1280	665	557	550	7	—
5. Maschinenbauer	1126	494	450	425	17	8
6. Kesselschmiede	141	231	101	97	4	—
7. Monteure	138	7	9	5	4	—
8. Sonstige	297	293	188	185	3	—
g) Sonstige Arbeiter für Bearbeitung von Eisen und Stahl.						
1. Dreher	2415	1787	1410	1357	53	—
2. Former	728	1219	679	678	—	1
3. Feilenhauer	59	125	58	58	—	—
4. Lackierer	9	22	18	18	—	—
5. Drahtzieher	7	11	8	8	—	—
6. Sonstige	553	341	303	299	4	—

Übersicht VI. (Fortsetzung.)

Beruf (Berufsarten)	A. Zahl der Ratsuchenden (gegliedert nach dem gewünschten Beruf)	B. Offene Anlern- und Lehrstellen	C. Vermittlung und Überleitung: Zahl der Beratenen, die durch Mitwirkung des Berufsamtes in einen Beruf eintraten (gegliedert nach dem gewählten Beruf)	Von den Beratenen wurden: vermittelt in offene Anlern- und Lehrstellen	übergeleitet in Fachschulen	übergeleitet in Hochschulen
1	2	3	4	5	6	7
h) Klempner aller Art.	2269	3158	2004	1952	52	—
i) Elektromonteure und Installateure.						
1. Elektromonteure und Installateure	4245	1335	1176	1107	69	—
2. Wickler und Ankerwickler	16	20	14	14	—	—
k) Mechaniker aller Art.						
1. Mechaniker aller Art	6728	2561	2170	2079	91	—
2. Optiker	185	163	118	115	3	—
l) Übrige einschlägige Berufe und Arbeiter für Schiffbau.						
1. Boots- und Schiffbauer	311	295	160	160	—	—
2. Bandagisten und Orthopäden	35	74	45	45	—	—
3. Sonstige	72	77	55	55	—	—
Summe	45862	29368	22072	21422	629	21
davon Schüler höherer und mittlerer Lehranstalten						
a) mit weniger als Obersekundareife	1588		732			
b) mit Obersekundareife und mehr	493		233			
XII. Holz- und Schnitzstoffgewerbe.						
1. Tischler allgemein	12119	4647	4063	4000	63	—
2. Stellmacher und Wagner	1130	772	586	586	—	—
3. Modelltischler	704	396	322	312	10	—
4. Holzbildhauer	261	306	226	222	4	—
5. Instrumentenmacher	243	194	118	117	1	—
6. Böttcher	260	338	181	181	—	—
7. Drechsler	213	298	196	196	—	—
8. Korbmacher	148	166	97	97	—	—
9. Bürstenmacher	66	116	52	52	—	—
10. Vergolder und Einrahmer	30	85	34	34	—	—
11. Dreher	11	24	20	10	—	—
12. Sonstige	235	264	159	159	—	—
Summe	15420	7606	6044	5966	78	—
davon Schüler höherer und mittlerer Lehranstalten						
a) mit weniger als Obersekundareife	239		139			
b) mit Obersekundareife und mehr	42		23			
XV. Gesundheits- und Körperpflege, Reinigungsgewerbe.						
1. Barbiere und Friseure	723	1807	578	578	—	—
2. Zahntechniker (Dentisten)	19	14	11	11	—	—
3. Gesundheitspflege	74	215	39	39	—	—
4. Sonstige	1	3	—	—	—	—
Summe	817	2039	628	628	—	—
davon Schüler höherer und mittlerer Lehranstalten						
a) mit weniger als Obersekundareife	29		12			
b) mit Obersekundareife und mehr	3		2			

Übersicht VI. (Fortsetzung.)

Beruf (Berufsarten)	A. Zahl der Ratsuchenden (gegliedert nach dem gewünschten Beruf)	B. Offene Anlern- und Lehrstellen	C. Vermittlung und Überleitung: Zahl der Beratenen, die durch Mitwirkung des Berufsamtes in einen Beruf eintraten (gegliedert nach dem gewählten Beruf)	Von den Beratenen wurden: vermittelt in offene Anlern- und Lehrstellen	übergeleitet in Fachschulen	übergeleitet in Hochschulen
1	2	3	4	5	6	7
XVI. Baugewerbe.						
1. Maurer	2199	1351	1041	1027	14	—
2. Maler und Anstreicher	1817	3058	1512	1505	7	—
3. Zimmerer	1535	820	688	680	6	2
4. Glaser	217	460	220	220	—	—
5. Dachdecker	101	261	116	116	—	—
6. Töpfer	196	265	107	107	—	—
7. Schornsteinfeger	85	103	51	51	—	—
8. Bauarbeiter	26	13	12	11	1	—
9. Steinsetzer	24	41	13	13	—	—
10. Sonstige	126	91	71	71	—	—
Summe	6326	6463	3831	3801	28	2
davon Schüler höherer und mittlerer Lehranstalten						
a) mit weniger als Obersekundareife	143		42			
b) mit Obersekundareife und mehr	54		37			
B. Weibliche Berufe.						
XIV. Bekleidungsgewerbe.						
1. Damen- und Herrenschneiderin	12934	4129	4120	3696	422	2
2. Konfektionsarbeiterin	2307	926	741	700	41	—
3. Putzmacherin	2358	1385	1050	1038	12	—
4. Wäschenäherin	2043	1394	1272	1153	119	—
5. Näherin	1083	357	379	331	48	—
6. Schuhfabrikationsarbeiterin	424	242	207	207	—	—
7. Zuschneiderin	346	184	105	105	—	—
8. Handschuhnäherin	195	92	84	84	—	—
9. Blumenarbeiterin	134	189	127	127	—	—
10. Kürschnerin	119	146	103	103	—	—
11. Sonstige	472	446	322	320	2	—
Summe	22415	9490	8510	7864	644	2
dav. Schülerinnen höherer u. mittlerer Lehranstalten						
a) mit weniger als Obersekundareife	822		381			
b) mit Obersekundareife und mehr	206		74			
XXII. Häusliche Dienste.						
1. Hausgehilfin	13703	7607	6423	6204	219	
2. Höhere Hausangestellte	3375	2405	1356	1206	150	—
3. Haushaltslehrlinge und -Schule	1629	832	774	559	215	—
4. Hausangestellte	1563	523	599	380	213	6
5. Aufwärterin	492	286	227	227	—	—
6. Köchin und Kochlehrlinge	306	141	120	110	10	—
7. Kindergärtnerin und Erzieherinnen	443	58	187	45	140	2
8. Sonstige	33	10	10	10	—	—
Summe	21544	11862	9696	8741	947	8
dav. Schülerinnen höherer u. mittlerer Lehranstalten						
a) mit weniger als Obersekundareife	581		218			
b) mit Obersekundareife und mehr	440		192			

Übersicht VI. (Fortsetzung.)

Beruf (Berufsarten)	A. Zahl der Ratsuchenden (gegliedert nach dem gewünschten Beruf)	B. Offene Anlern- und Lehrstellen	C. Vermittlung und Überleitung: Zahl der Beratenen, die durch Mitwirkung des Berufsamtes in einen Beruf eintraten (gegliedert nach dem gewählten Beruf)	Von den Beratenen wurden: vermittelt in offene Anlern- und Lehrstellen	Von den Beratenen wurden: übergeleitet in Fachschulen	Von den Beratenen wurden: übergeleitet in Hochschulen
1	2	3	4	5	6	7
XXV. Kaufmännische Angestellte.						
1. Kontor- und Bankpersonal	14679	4462	4980	3386	1570	24
2. Verkäuferinnen	13540	6489	5063	4909	154	—
3. Kaufmännische Angestellte	1248	412	391	335	56	—
4. Drogistinnen	14	18	16	14	2	—
5. Handelsschule	365	8	344	—	341	3
Summe	29846	11389	10794	8644	2123	27
dav. Schülerinnen höherer u. mittlerer Lehranstalten						
a) mit weniger als Obersekundareife	2344		822			
b) mit Obersekundareife und mehr	554		427			
XXVI. Büroangestellte.						
1. Büro- und Rechtsanwaltsangestellte	1062	405	492	341	151	—
2. Maschinenschreiberin und Stenotypistin	859	408	369	213	156	—
Summe	1921	813	861	554	307	—
dav. Schülerinnen höherer u. mittlerer Lehranstalten						
a) mit weniger als Obersekundareife	387		134			
b) mit Obersekundareife und mehr	112		57			
XXVIII. Wohlfahrtspflege (soziale Berufe).						
Summe	303	10	128	9	112	7
dav. Schülerinnen höherer u. mittlerer Lehranstalten						
a) mit weniger als Obersekundareife	50		13			
b) mit Obersekundareife und mehr	214		92			

2. Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen der deutschen Berufsberatung.

Allgemeine Bestimmungen der Reichsverfassung.

Art. 7, Nr. 9. Das Reich hat die Gesetzgebung über das Arbeitsrecht, die Versicherung und den Schutz der Arbeiter und Angestellten sowie den Arbeitsnachweis.

Art. 122. Die Jugend ist gegen Ausbeutung sowie gegen sittliche, geistige oder körperliche Verwahrlosung zu schützen. Staat und Gemeinde haben die erforderlichen Einrichtungen zu treffen.

Art. 157. Die Arbeitskraft steht unter dem besonderen Schutz des Reichs. Das Reich schafft ein einheitliches Arbeitsrecht.

Art. 163. Jeder Deutsche hat unbeschadet seiner persönlichen Freiheit die sittliche Pflicht, seine geistigen und körperlichen Kräfte so zu betätigen, wie es das Wohl der Gesamtheit erfordert.

Jedem Deutschen soll die Möglichkeit gegeben werden, durch wirtschaftliche Arbeit seinen Unterhalt zu erwerben. Soweit ihm angemessene Arbeitsgelegenheit nicht nachgewiesen werden kann, wird für seinen notwendigen Unterhalt gesorgt. Das Nähere wird durch besondere Reichsgesetze bestimmt.

Ihre erste wichtige Rechtsgrundlage erhielt die Berufsberatung durch die Anordnung des Reichsamtes für die wirtschaftliche Demobilmachung vom 9. Dezember 1918, RGBl. S. 14—21, die wiedergegeben zu werden verdient.

Anordnung des Reichsamtes für die wirtschaftliche Demobilmachung vom 9. Dezember 1918, Reichsgesetzblatt S. 1421.

Auf Grund des Erlasses des Rates der Volksbeauftragten über die Errichtung des Reichsamts für die wirtschaftliche Demobilmachung vom 12. November 1918 (RGBl. S. 1304) wird verordnet, was folgt:

§ 1. Die Landeszentralbehörden oder die von ihnen bezeichneten Behörden können Gemeinden oder Gemeindeverbände verpflichten, öffentliche unparteiische Arbeitsnachweise, an deren Verwaltung Arbeitgeber und Arbeitnehmer gleichmäßig zu beteiligen sind, zu errichten und auszubauen sowie zu den Kosten solcher von anderen Gemeinden oder Gemeindeverbänden errichteten Arbeitsnachweise beizutragen; sie können Anordnungen über die Einrichtungen und den Betrieb solcher Arbeitsnachweise treffen.

§ 2. Die Landeszentralbehörden können bestimmen, daß die nicht gewerbsmäßigen Arbeitsnachweise eines Bezirkes behufs Ausgleichung von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt zu Zentralstellen zusammengeschlossen werden und Anordnungen über die Zusammensetzung, die Verwaltung, den Betrieb und die Tragung der Kosten erlassen.

Vor der Errichtung der Zentralstellen sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu hören.

§ 3. Die Landesbehörden können Vorschriften über die von den nicht gewerbsmäßigen Arbeitsnachweisen und von den Zentralstellen zu erstattenden Meldungen und Statistischen Berichte sowie über die zu erteilenden Auskünfte und Aufschlüsse über die Lage des Arbeitsmarktes erlassen.

§ 4. Die Landeszentralbehörden oder die von ihnen bezeichneten Behörden können Gemeinden oder Gemeindeverbände verpflichten, Einrichtungen für eine allgemeine gemeinnützige Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung, insonderheit in Verbindung mit öffentlichen unparteiischen Arbeitsnachweisen, zu schaffen. Sie sind befugt, Vorschriften über Einrichtung, Umfang und Betrieb dieser Stellen zu treffen.

§ 5. Die Verordnung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Die Bekanntmachung über Arbeitsnachweise vom 14. Juli 1916 (RGBl. S. 519) wird aufgehoben.

Berlin, den 9. Dezember 1918.

Reichsamt für die wirtschaftliche Demobilmachung.

Koeth.

Allgemeine Bestimmungen über die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bei den öffentlichen Arbeitsnachweisämtern vom 12. Mai 1923.
(Reichsarbeitsblatt 1923 Nr. 10.)

I. Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bei den öffentlichen Arbeitsnachweisen.

1. Die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung hat sich zu erstrecken auf:

a) die planmäßige Vorbereitung der Berufswahl Jugendlicher und die Aufklärung der Öffentlichkeit über Berufsfragen;

b) die Erteilung von Rat und Auskunft an ratsuchende Personen beiderlei Geschlechts in allen Fällen, welche die Berufswahl sowohl beim Eintritt in das Berufsleben wie beim Berufswechsel und die Berufsausbildung und -fortbildung betreffen. Dabei ist eine Erfassung der den öffentlichen Arbeitsnachweis aufsuchenden Jugendlichen unter 18 Jahren wünschenswert;

c) den Nachweis von beruflichen Ausbildungsstätten;

d) die Vermittlung in beruflich, sittlich und gesundheitlich einwandfreie Anlern- und Lehrstellen.

Die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung kann sich erstrecken auf die Mitwirkung bei der Verfolgung des beruflichen Entwicklungsganges der beratenen und vermittelten Personen, soweit nicht besondere Stellen dafür allein in Frage kommen.

Die Übernahme weiterer Aufgaben auf dem Gebiete der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bedarf der Zustimmung des Landesamts für Arbeitsvermittlung.

2. Um die zur Entlassung kommende Schuljugend planmäßig zu erfassen, ist die Verbindung mit den im Bezirk vorhandenen Schulen herzustellen.

3. Die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung hat unparteiisch zu erfolgen und die Interessen eines besonderen Berufes allgemeinen wirtschaftlichen und sozialen Gesichtspunkten unterzuordnen.

Die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung ist nach Möglichkeit zu vereinigen.

4. Der Verwaltungsausschuß des Arbeitsnachweises stellt gemäß § 11 des Arbeitsnachweisgesetzes auch hinsichtlich der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung die Grundsätze für die Geschäftsführung auf und entscheidet auf Beschwerden über die Geschäftsführung.

Zu den Sitzungen des Verwaltungsausschusses, in denen Fragen der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung beraten werden, können sachkundige Personen mit beratender Stimme hinzugezogen werden.

Zur Förderung der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung und zur Begutachtung der zu treffenden Maßnahmen ist vom Verwaltungsausschuß in der Regel ein ehrenamtlicher Beirat aus sachkundigen Personen zu berufen. Größe und Zusammensetzung richten sich nach den örtlichen Verhältnissen. Für die Auswahl der Mitglieder des Beirats kommen vor allem in Frage Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer von Handwerk, Handel, Industrie, Land- und Hauswirtschaft und Vertreter sonstiger Berufszweige sowie Sachverständige auf dem Gebiete der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung wie Vertreter der öffentlichen Arbeitsnachweise, der Schulen, Ärzte, Psychologen, der Wohlfahrtspflege und Gewerbeaufsicht. Die Zahl der Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer muß gleich sein. Unter den Mitgliedern des Beirats müssen sich Frauen befinden. Die Amtsdauer des Beirats richtet sich nach der Amtsdauer des Verwaltungsausschusses.

Der Vorsitzende des öffentlichen Arbeitsnachweises oder sein Stellvertreter führt den Vorsitz im Beirat.

Für einzelne Aufgaben der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung können vom Verwaltungsausschuß besondere Ausschüsse gebildet werden oder Sachverständige herangezogen werden.

5. Der Berufsberater muß die erforderliche Sachkenntnis auf dem Gebiete der Berufsberatung, der Berufs- und Jugendkunde besitzen. Als Berufsberater sind nur Personen zu bestellen, die eine mindestens fünfjährige erfolgreiche Berufsarbeit nachweisen können und in der Behandlung Jugendlicher erfahren sind; im allgemeinen wird ein Mindestalter von 28 Jahren Voraussetzung sein. Soweit eine abgeschlossene Berufsausbildung durch Lehrer, Beamtenausbildung, Fach- oder Hochschule drei Jahre überschreitet, kann sie ganz oder teilweise auf die Berufsarbeit angerechnet werden.

Der Berufsberater ist, sofern ein Bedürfnis besteht, hauptamtlich zu bestellen. Für die Berufsberatung von weiblichen Personen ist nach Möglichkeit eine Berufsberaterin zu bestellen.

II. Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bei den Landesämtern für Arbeitsvermittlung.

1. Die Landesämter für Arbeitsvermittlung sind verpflichtet, ihre Tätigkeit auf die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung zu erstrecken.

2. Die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bei den Landesämtern für Arbeitsvermittlung hat sich zu erstrecken auf:

a) die Mitwirkung bei Einrichtung und Ausbau der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bei den öffentlichen Arbeitsnachweisen des Bezirks;

b) die Fachaufsicht über die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bei den öffentlichen Arbeitsnachweisen und im Auftrage der Reichsarbeitsverwaltung (Reichsamt für Arbeitsvermittlung) auch über die Einrichtung der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung außerhalb der öffentlichen Arbeitsnachweise;

c) die Beobachtung der Berufsbewegungen und des Lehrstellenmarktes;

d) die Regelung des zwischenörtlichen Lehrstellenausgleiches;

e) die Sicherstellung der Zusammenarbeit zwischen der öffentlichen Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung und den beteiligten Kreisen und Stellen;

f) die Fortbildung der Berufsberater;

g) die Sammlung und Bearbeitung berufskundlichen Materials sowie seine Nutzbarmachung für die praktische Berufsberatung;

h) die Berufsberatung für die Berufe oder Personengruppen, für welche die Berufsberatung bei den Arbeitsnachweisen nicht übernommen werden kann oder eine Zersplitterung der Kräfte bedeuten würde;

i) die Anregung zur Schaffung von Ausbildungsgelegenheiten in Land- und Hauswirtschaft, Handwerk, Handel und Industrie.

Die Übernahme weiterer Aufgaben auf dem Gebiete der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bedarf der Zustimmung der Reichsarbeitsverwaltung (Reichsamt für Arbeitsvermittlung).

3. Der Verwaltungsausschuß des Landesamts für Arbeitsvermittlung stellt gemäß § 22 des Arbeitsnachweisgesetzes auch hinsichtlich der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung die Grundsätze für die Geschäftsführung auf und entscheidet auf Beschwerden über die Geschäftsführung.

Zu den Sitzungen des Verwaltungsausschusses, in denen Fragen der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung beraten werden, können sachkundige Personen mit beratender Stimme hinzugezogen werden.

Für den Beirat gelten die Bestimmungen unter Ziffer I, 4, Abs. 3 bis 5 dieser Allgemeinen Bestimmungen entsprechend mit der Maßgabe, daß in jedem Fall ein Beirat zu bilden und dieser durch Vertreter der praktischen Berufsberatung zu ergänzen ist.

Allgemeine Grundsätze für die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung außerhalb der Arbeitsnachweisämter vom 12. Mai 1923.

(Reichsarbeitsblatt 1923, Nr. 10.)

1. Diese Grundsätze gelten für alle Einrichtungen außerhalb der Arbeitsnachweisämter, die es sich zur Haupt- oder Nebenaufgabe machen,

a) ratsuchenden Personen Rat und Auskunft zu erteilen in allen Fällen, welche die Berufswahl beim Eintritt in das Berufsleben oder beim Berufswechsel und die Berufsausbildung und -fortbildung betreffen,

b) Lehrstellen zu vermitteln.

Die Grundsätze finden keine Anwendung auf Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung, die nur gelegentlich ausgeübt wird.

2. Der Name von Einrichtungen der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung muß erkennen lassen, wer Träger der Einrichtung ist und für welchen Beruf die Beratung oder Lehrstellenvermittlung ausgeübt wird. Der Name ist so zu halten, daß er Aufschluß über das Wesen der Einrichtung gibt und eine Irreführung der Öffentlichkeit, namentlich eine Verwechslung mit der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bei den Arbeitsnachweisämtern ausgeschlossen ist.

3. Die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung hat unparteiisch zu erfolgen. Sie muß einerseits die Neigung, die körperliche und geistige Eignung und die wirtschaftlichen und Familienverhältnisse der vor der Berufswahl stehenden Personen, andererseits die Lage des Arbeitsmarktes und die Aussichten des zu wählenden Berufes angemessen berücksichtigen.

4. Die Vermittlung von Lehrlingen darf nur in beruflich, sittlich und gesundheitlich einwandfreie Lehrstellen erfolgen.

Die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung darf nicht zur Werbung von Mitgliedern für wirtschaftliche, religiöse oder politische Vereine benutzt werden.

5. Die Träger der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung sind gehalten, bestimmte Personen mit der Durchführung der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung verantwortlich zu beauftragen. Der Berufsberater oder Lehrstellenvermittler muß über die erforderliche Sachkenntnis auf dem Gebiete der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung verfügen, für das die Einrichtung geschaffen ist. Er muß die nötige Lebensreife, mehrjährige Berufserfahrung, sowie Befähigung im Umgang mit Menschen besitzen. Im allgemeinen wird ein Mindestalter von 28 Jahren Voraussetzung sein.

6. Die Einrichtungen der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung, die ihre Tätigkeit nur auf einzelne Berufe erstrecken, sollen die Personen, die für diese Berufe nicht in Frage kommen, an die öffentlichen Einrichtungen der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung verweisen.

7. Die Einrichtungen der Lehrstellenvermittlung sind verpflichtet, auf Anfordern dem zuständigen Landesamt für Arbeitsvermittlung die Zahl der offenen Lehrstellen und der nicht untergebrachten Lehrlinge zu melden und die zum Zweck des Ausgleichs nötigen Mitteilungen nach näheren Angaben des Landesamts für Arbeitsvermittlung zu machen. Eine Pflicht zur Offenbarung der für die Vermittlung erforderlichen Einzelangaben kann jedoch nicht auferlegt werden. Die Einrichtungen der Lehrstellenvermittlung haben auf Anfordern dem zuständigen Landesamt ferner die Auskünfte zu geben, die erforderlich sind, um einen Überblick über die Lage auf dem Lehrstellenmarkt zu gewinnen.

8. Die Zusammenarbeit mit den öffentlichen Arbeitsnachweisen, insbesondere mit ihren Abteilungen für Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung, erfolgt unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse. Kommt eine Einigung nicht zustande, so hat sich das Landesamt um eine Verständigung mit den in Betracht kommenden Stellen zu bemühen.

Öffentliche Einrichtungen der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung außerhalb der Arbeitsnachweisämter haben, sofern bei ihnen ein Beirat errichtet ist, zu diesem einen Vertreter des für den Bezirk zuständigen Arbeitsnachweisamts hinzuzuziehen.

9. Sämtliche Einrichtungen der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung unterstehen hinsichtlich der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung der fachlichen Aufsicht des für den Sitz der Einrichtung zuständigen Landesamts für Arbeitsvermittlung. Sie sind verpflichtet, dem Landesamt die zur Durchführung dieser Aufsicht erforderlichen Angaben zu machen und dem Beauftragten des Landesamts Einblick in die Geschäftsführung zu gewähren. Die Übertragung der Aufsicht an öffentliche Arbeitsnachweise ist nicht statthaft.

10. Die Einrichtung neuer sowie die Auflösung bestehender Einrichtungen für Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung ist dem Landesamt für Arbeitsvermittlung mitzuteilen. Bei der Errichtung neuer Stellen hat die Meldung folgende Punkte zu umfassen:

Bezeichnung und Anschrift der Stelle, Träger, Angabe des örtlichen und sachlichen Tätigkeitsgebietes; Name, Alter, Ausbildungsgang, bisherige Tätigkeit, Hauptberuf des Berufsberaters und Lehrstellenvermittlers. Jeder sich hierin ergebende Wechsel ist dem Landesamt für Arbeitsvermittlung zu melden.

Zum 15. August jedes Jahres ist dem zuständigen Landesamt für Arbeitsvermittlung über die im Laufe des Berichtsjahres (1. Juli bis 30. Juni) ausgeübte Beratungs- und Vermittlungstätigkeit auf den von der Reichsarbeitsverwaltung (Reichsamt für Arbeitsvermittlung) ausgegebenen Vordrucken nach den Vorschriften der Benutzungsanweisung in doppelter Ausfertigung Meldung zu erstatten. Fehlanzeige ist erforderlich.

Das Gesetz sieht außerdem die Unterstützung des gesetzlichen Verwaltungsausschusses durch Fachleute vor, die, aus Angehörigen der verschiedensten Berufsklassen gewählt, lediglich die Funktion des prüfenden Sachverständigen ausüben. Diese Einrichtung, die eine lebendige Verbindung des Amtes mit im Berufe stehenden Personen herstellt, hat sich als sehr segensreich erwiesen.

„*Die württembergische Verordnung vom 28. Januar 1924* (Reichsarbeitsblatt S. 106) ordnet an, daß die öffentlichen Arbeitsnachweise ihre Tätigkeit überall da auf die Berufsberatung zu erstrecken haben, wo ein Bedürfnis dafür unzweifelhaft hervorgetreten ist. Lehrstellenvermittlung ist überall eine ordentliche Aufgabe aller öffentlichen Arbeitsnachweise. Die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung ist dem öffentlichen Arbeitsnachweis wenn möglich auch räumlich einzugliedern."

(Aus: Die rechtliche Grundlage der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung von Dr. Käthe Gaebel, Berlin.)

„*Die thüringische Verordnung vom 25. Juni 1924* (Reichsarbeitsblatt S. 346) legt allen öffentlichen Arbeitsnachweisen die Pflicht auf, Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung auszuüben und verpflichtet bestimmte Arbeitsnachweise, besondere Abteilungen dafür einzurichten. Der in den ‚Allgemeinen Bestimmungen' vorgesehene Beirat ist bei allen öffentlichen Arbeitsnachweisen zu bilden. Im übrigen wird die Berufsberatung angewiesen, in enger Verbindung mit der Schulbehörde und dem Wohlfahrtsamt zu arbeiten und den körperlich, geistig oder sittlich minderwertigen Jugendlichen besondere Aufmerksamkeit zu schenken."

(Aus: Die rechtliche Grundlage der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung von Dr. Käthe Gaebel, Berlin.)

III. Die Notwendigkeit der Berufsberatung.

1. Wirtschaftliche Gründe.

Die Berufsberatung im engeren Sinne ist Arbeitsfürsorge für „werdende Kräfte"; unter letzteren versteht man jugendliche Berufsanwärter beiderlei Geschlechtes, aber auch Erwachsene, die aus verschiedenen Gründen Berufswechsel, Berufsumleitung, Berufsumschulung vornehmen müssen.

Die Berufswahl ist nicht nur eine schwierige und wichtige, sondern für das ganze Leben zu treffende Entscheidung. Darf man sie wie bisher dem Zufall überlassen oder soll die Allgemeinheit einen Einfluß darauf üben, wer soll es tun und wie soll es geschehen?

Für den einzelnen Menschen ist die Berufswahl seit der Differenzierung der Arbeit, Berufe und Stände *eine wichtige ernste Schicksalsfrage*. Bei einer Bevölkerung mit Agrarwirtschaft und ausreichendem Boden ist zu einer modernen geregelten Berufsberatung kein Anlaß. Auch unter kleinstädtischen Verhältnissen, bei denen die einzelnen Menschen einander gut kennen, wachsen die Jugendlichen aus freiem Anschauen, insbesondere der Handwerksverrichtungen, in den künftigen Beruf hinein, und die Wahl des brauchbaren Lehrlings wie des würdigen Lehrmeisters regeln sich einfach.

Der große Umschwung trat erst, wie schon oben gezeigt, im Beginn des 19. Jahrhunderts ein, als neue geistige Strömungen wirtschaftliche Umwälzungen und politische Kämpfe die Gewerbefreiheit, Freiheit der Berufswahl und den freien Wettbewerb als Anfänge der neuen Ära einer rationalisierten Wirtschaftsgestaltung erstehen ließen, die sich entfaltende Technik neue Wege der Kraftgewinnung und Stoffverarbeitung, neue Verkehrseinrichtungen und Ausbau des Nachrichtendienstes, erweiterte Bezugs- und Absatzmöglichkeiten, eine Industrie, ein Großgewerbe und eine Großindustrie ermöglichten. Damit vollzog sich eine Berufsumgestaltung.

Eine Hauptaufgabe der Berufsberatung ist es, den in das Produktionsleben neu eintretenden Jugendlichen die gleich von Anfang an erfolgreiche Bahn zu zeigen, damit sie möglichst bald für sich und die Nation Werte zu schaffen vermögen. Im besonderen muß verhütet werden, daß die Jugendlichen erst auf dem Umwege über einen falschen Beruf in ihren eigentlichen, ihren physischen und psychischen Eigenarten am besten entsprechenden gelangen, denn ein solcher Umweg ist Vergeudung von Kraft und Kapital, die wir bei unserer heutigen Verarmung uns nicht leisten können. Es muß uns auf die Erzielung des Optimums und Maximums der Berufstauglichkeitsdauer ankommen. Hierfür ist ausschlaggebend, daß von vornherein der richtige Beruf ergriffen wird; jeder Berufswechsel ist dem Wechselnden und der Allgemeinheit abträglich. Die Berufstauglichkeitsdauer hängt in den von der Industrialisierung geschaffenen Berufen aber fast ganz vom Individuum selbst ab, weniger von den mit dem Beruf verbundenen Schädlichkeiten. Es besitzt zwar nicht jeder Mensch die Stärke, allen Trubel im Beruf zu überwinden, und allen Erlebnissen, die die ganze Individualität zu entwurzeln drohen, mit Erfolg zu widerstehen, immerhin aber lehrt doch die Allgemeinerfahrung, daß jeder Mensch sich bis zum äußersten dagegen wehrt, aus den seit der Schulzeit befahrenen Geleisen herausgerissen zu werden. Sehr viele der Kriegsbeschädigten, die in andere Berufe umgeleitet und umgeschult wurden, sind in ihren alten Beruf zurückgekehrt, selbst wenn sie nur Teilarbeit und Dreiviertellohn erzielen konnten.

Indem die Berufsberatung sich bemüht, eine dauerhafte, auf möglichste Harmonie von Eignung und Neigung zielende Vermittlung zustande zu bringen, erwirbt sie dem ganzen Volke beträchtliche ideelle und materielle Vermögen. Es ist zwar verpönt, den Wirtschaftswert eines Menschen in Geld auszudrücken, aber oft regt gerade ein spielerischer Hinweis zu schärferem Nachdenken über ein Problem an. Freudenberg hat den Wert eines Menschen in verschiedenen Lebensaltern angegeben, unter Zugrundelegung einer idealen Absterbeordnung, bei der alle Menschen 75 Jahre alt werden und bis dahin arbeitsfähig bleiben. Die einzelnen Zahlen lauten:

Wirtschaftlicher Wert der einzelnen Altersklassen.

Alter	Wert in Mark		Alter	Wert in Mark	
	männlich	weiblich		männlich	weiblich
0	—	—	40	25894	20715
5	10382	8306	45	23806	19045
10	20764	16611	50	21207	17205
15	31146	24917	55	18711	14969
20	30437	24350	60	15308	12246
25	29574	23659	65	11167	8934
30	28526	22820	70	6129	4904
35	27250	21800	75	—	—

(Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 103, 1. Heft, S. 114. 1924.)

Biedert hat lange vorher den Leistungsaufwand pro Nachkommen für niedere Berufsziele bis zum 15. Lebensjahr mit 2752 Mark, für höhere Berufe mit 15175 Mark bis zu 18 Jahren, mit 23200 Mark bis zum 23. Jahre und mit 25800 Mark bis zum 25. Jahre berechnet. Diese Aufzuchtswertschätzung ist zugleich eine Schätzung des Volksvermögens, das verloren geht, je mehr Aufgezogene nicht dazu kommen, sich für den in sie investierten elterlichen Aufwand entsprechend nützlich zu machen. Die von Freudenberg angegebenen Zahlen weisen auf die Summen, die das Volksvermögen einbüßen kann, wenn die Vollkraft des einzelnen durch falsche Anstellung nicht zur Auswirkung kommt.

Aus beiden Hinweisen erhellt die Notwendigkeit einer bewußten Lenkung der Berufswahl zur Minderung der Verlustgefahr. Man weiß ferner, daß die Tuberkulose in vielen Fällen während der Schulzeit latent bleibt, im Lehrlingsalter aber florid wird und zum letalen Ausgang führt, insbesondere, wenn an den jungen Menschen übertriebene Anforderungen gestellt werden. Es ist sicher: würden die tuberkulös anbrüchigen Abiturienten aller Schulgattungen von den Schulärzten sorgfältiger ermittelt und von den Fürsorgestellen reichlicher der Berufsberatung zugeführt, würde weniger von den Eltern, Freunden und Bekannten, die den Gärtnerberuf immer noch für den geeignetsten für Anbrüchige halten, sondern weit mehr von den Berufsberatungsstellen beraten, so würden weniger Fälle von Tuberkulose floride werden, weniger Krankheitsbehandlungs- und Sterbekosten, weniger Volksvermögensverlust entstehen. Die Tuberkulose gilt ferner als die Wohnungskrankheit, und überall wird berichtet, fast die Hälfte aller Tuberkulösen wohnt in Kleinwohnungen. Gegen diese Feststellung ist nichts zu sagen, wohl aber gegen ihre nur symptomatische Deutung. Die Insassen elender Kleinwohnungen wohnen darin, weil ihr Verdienst für eine größere und gesundere Wohnung nicht ausreicht; oft müssen sogar Schlafburschen hinzugenommen werden, um die Unkosten zu decken. Und warum ist der Verdienst zu klein? Eigene Wohnungsuntersuchungen während der letzten 2 Jahre ergaben, daß in den schlechtesten Wohnungen Ungelernte wohnen und daß die Tuberkulose vorwiegend Ungelernte hinwegrafft, auch daß die Kinder Ungelernter am gefährdetsten sind, selbst in besseren Wohnungen. Der Ungelernte ist allen Schwankungen des Wirtschaftsbarometers am stärksten ausgesetzt, sie treffen ihn auch am längsten; die Familien Ungelernter sind daher die schlimmsten Herde sozialer Krankheiten. Gelingt es, aus einem Ungelernten einen Angelernten zu machen, so steigt die Familie in sozialer Hinsicht, und gleichzeitig steigt ihr Wirtschaftswert; damit senkt sich ihre Anbruchsbereitschaft und zugleich ihre Gefährlichkeit für die Gesellschaft. Eine der wichtigsten Aufgaben der Berufsberatung besteht aber darin, die aus der Schule entlassenen Knaben und Mädchen von der ungelernten Arbeit, zu der sie durch den Drang nach Freiheit und rasche und verhältnismäßig leichte Möglichkeit, Geld zu verdienen, leicht verführt werden, fort und zum gelernten Beruf hinzuführen. Je besser die Berufsberatung diese Kernaufgabe löst, desto reichlicher ist der Gewinn der Gesellschaft aus ihrer Arbeit. Hieran hat die ärztliche Mitarbeit einen nicht zu unterschätzenden Anteil durch das Fernhalten gesundheitlich gefährdeter Individuen von ungeeigneten Berufen durch die Ausschaltung von Arbeiten, bei deren Verrichtung sich der gesundheitliche Anbruch erheblich verschlimmern und der Wirtschaftswert des Individuums mehr als unumgänglich erforderlich sich vermindern könnte, und durch Vorschläge derjenigen Berufe und Arbeitsverrichtungen, für die eine gesundheitliche Eignung als vorhanden angenommen werden kann.

2. Versagen der seitherigen Ausleseformen.

Berufsberatung ist Rationalisierung der Menschenkraft. Sie ist es aber nicht im Sinne des amerikanischen Ingenieurs und Arbeitsberaters Taylor. Der *Taylorismus* analysiert die einzelnen zu verrichtenden Arbeiten nach Verrichtungsteilen und stellt durch Versuche fest, welche geeignetsten Werkzeuge, Maschinen und Menschen am schnellsten, besten und billigsten die zu leistende Arbeit zu verrichten mögen. Taylors Gutachten ergeben sich aus Durchschnittsziffern der Teilleistungen und des Teilarbeiters in einer bestimmten Zeit. Taylor ist eingestellt nur auf Arbeitsaufteilung in Teilarbeiten statt Gliedarbeiten, auf Bewilligung von Pausen zu dem Zweck, die bei einer Arbeitsverrichtung einge-

tretene Ermüdung durch während der Pause zu verrichtende andere Teilarbeiten zu paralysieren, auf das Vorankommen von nur Bestbefähigten unter Ausschluß der Mittel- und Minderwertigen, auf Unternehmergewinn statt Volksgewinn. Berufsberatung ist auch nicht Rationalisierung der Menschenkraft im Sinne der *Mechanisierung*. Letztere macht den Arbeiter ebenfalls zum Teilarbeiter statt Gliedarbeiter, scheidet die psychische Beteiligung am Arbeitsgut so gut wie ganz aus und behandelt und entlohnt den Arbeiter als produzierenden Automaten. Berufsberatung, wie sie sein soll, ist aber *planvolle* Menschenökonomie, sie vereint die Berücksichtigung der wirtschaftlichen, psychischen und gesundheitlichen Eignungen des Arbeiters und dient zugleich dem Interesse des Arbeitnehmers, des Arbeitgebers, der Volkswirtschaft und der Volksgesundheit.

Daß die Berufsberatung sich auf die Erteilung von Rat beschränkt, dessen Befolgung den Beratenen überlassen bleibt, ist kein Mangel, sondern ein Vorzug, denn die Beschränkung auf Raterteilung bewahrt die Berufsberatung vor der schematischen Behandlung der Individuen und dem unverantwortlichen und aussichtslosen Versuch einer zu weit gehenden Rationalisierung, erhält die Berufsberatung lebensfrisch, sichert die unerläßliche Popularität und führt sie ihrem Ziele damit immer näher, zumal die Form des Rates hier ebenso entscheidet wie überall, wo eine beabsichtigte Wirkung nur auf überredendem Wege erzielt werden kann, und erfahrungsgemäß nur wenig mehr als die Hälfte aller Jugendlichen den anfangs von ihnen geplanten Beruf wirklich ergreift.

Die einfachste Form der Berufsberatung ist die Inanspruchnahme besonders vertrauenswürdig oder autoritativ erscheinender Persönlichkeiten seitens der Eltern. In manchen Fällen war und ist noch heute eine *Berufstradition* wirksam, die für den Beruf der Jugendlichen auch einmal gegen ihren Willen ausschlaggebend sein kann. Beide Formen dieser *familiären Auslese* sind unzulänglich.

3. Die Rolle der Vererbung und der Berufswünsche in der Berufsberatung.

Häufig wird die Beobachtung gemacht, daß tüchtige Menschen von tüchtigen Eltern stammen, und man kennt sogar Familienstämme mit typischen Begabungen in Haupt- und Nebenstämmen. Die erbliche Belastung tritt in Schule und Gerichtssaal bereits häufiger in Erscheinung, seit man darauf achtet, und man kennt Gruppen von Erbeinheiten für einige Krankheiten und einzelne rein äußerliche Merkmale; zweifellos würde der Fortschritt der Vererbungswissenschaft auch für die Berufsberatung von größter Bedeutung sein. Denn die Vererbung gibt neben den Umwelteinflüssen oft den Ausschlag bei der Berufswahl. Maria Bernays hat eine Tabelle zusammengestellt, welche den Beruf der Väter und Großväter von Arbeitern zusammenstellt.

Beruf des Vaters und des Großvaters.

Textilarbeiter		Fabrikarbeiter		Handwerker		Landleute		Erd- und Bergarbeiter		Sonstige Branchen				
										höhere		niedere		
Vater	Großvater	Vater	Großvater	Vater	Großvater	Vater	Großvater	Vater	Großvater	Vater	Großvater	Vater	Großvater	
25,9	23,1	14,3	7,8	19,0	16,6	13,7	28,7	7,1	3,4	7,1	6,8	10,6	12,2	männlich
22,7	6,5	16,7	3,5	9,7	15,0	15,2	21,7	5,7	0,7	7,0	4,7	17,5	4,5	weiblich
24,2	13,9	15,9	5,4	13,9	13,2	14,5	24,8	6,3	1,9	7,0	5,7	15,0	7,9	alle Arbeiter

Bernays sagt dazu: „Wenn wir ein klein wenig auf die Genauigkeit verzichten, können wir sagen, daß von den Söhnen der männlichen Arbeiter rund ein Drittel dem Beruf des Vaters treu blieb, das zweite Drittel qualifizierte und höher gewertete Berufe ergriff, das letzte Drittel endlich sich zu unqualifizierter Arbeit wendet.“ Es erscheint also ein Berufswechsel von einer Generation zur anderen

empfehlenswert. Der ärztliche Berufsberater wird bei Erhebung seiner Anamnesen jedenfalls sorgfältig zu ermitteln suchen, wie die Vererbung beruflicher Qualitäten gelegen ist und wird seine Eignungsprüfungen, im Verein mit dem Psychotechniker, besonders scharf einstellen, wenn ein Berufswilliger den väterlichen Beruf ergreifen will. Die Zahl solcher Berufswünsche scheint mit fortschreitender Aufspaltung der Berufe im Abnehmen. Wo es sich um selbständige Handwerker handelt, die an der Fortsetzung des väterlichen Geschäftes ein Interesse haben, wird kaum ein Rat eingeholt.

Die Sichtung der Berufswünsche einer größeren Zahl Schulentlassener namentlich aus Großstädten, zeigt den großen Unterschied zwischen begehrten und minderbegehrten Berufen, insbesondere bei der männlichen Jugend. Es ist interessant, die Schulfragebogen von 12 000 Berliner Schülern und Schülerinnen, welche vor der Schulentlassung ausgefüllt werden, daraufhin durchzusehen, welche Berufe gewünscht wurden. Es ergibt sich dabei folgende Tabelle (Liebenberg).

Berufswünsche Schulentlassener.

Antworten auf den Schulfragebogen in Proz.	Gemeindeschüler	Hilfsschüler	Gemeindeschülerinnen	Hilfsschülerinnen
Landwirtschaft, Gärtnerei, Tierzucht (einschließlich Haushalt)	2,4	8,0	0,5	2,5
Industrie der Steine und Erden (Glasbläser, Schleifer usw.)	0,3			
Metallverarbeitung und Industrie der Maschinen, Instrumente und Apparate (Motorschlosser, Mechaniker, Werkzeugmacher)	36,0	17,7		
Zellstoff, Papierherstellung	0,5	1,1		
Lederindustrie (Sattler, Tapezierer)	0,9	1,7		
Holz- und chemisches Stoffgewerbe (Tischler)	8,7	10,3		
Nahrungs- und Genußmittelgewerbe (Bäcker, Schlächter)	9,2	10,3		
Bekleidungsgewerbe (Schneider, Schuhmacher, Kürschner)	6,7	10,3	41,7	33,3
Gesundheits-, Körperpflege, Reinigungsgewerbe (Friseur)	0,4		1,1	1,7
Baugewerbe	1,3	4,6		
Vervielfältigungsgewerbe (Buchdrucker, Photograph)	1,1	1,7	0,3	
Kunstgewerbe	0,8	1,7	0,8	
Musiker	0,2	0,6		
Gast- und Schankwirtschaft	1,2	1,7		
Häusliche Dienste				29,8
Kaufmännische	15,3		33,0	1,7
Büroangestellte	0,8			
Beamte	1,5			
Nicht genannte Berufe		16,0		
Kein bestimmter Beruf	9,1		8,9	25,0
Ungelernte	3,5	14,3		6,6

Aus dieser Statistik geht hervor, daß von den 20 Berufsgruppen stets nur einige wenige bestimmte gewählt werden, und zwar von den Knaben die metallgewerblichen Berufe wie: Autoschlosser, Elektrotechniker, Mechaniker, dann in einigem Abstand die kaufmännischen Berufe und in noch weiterem Abstand das Bäcker-, Schlächter-, Tischler- und Schneidergewerbe; von den Mädchen werden fast nur der kaufmännische und der Schneiderinnenberuf, und von den weiblichen Hilfsschülern die häuslichen Dienste bevorzugt. Aus dieser Feststellung erfährt der Berufsberater, daß er über die wahre Berufs- und wirtschaftliche Lage bei den Jugendlichen vor ihrer Schulentlassung Aufklärung verbreiten muß, denn berufspolitisch ist es unhaltbar, daß 70% der Schüler zum Metallgewerbe gehen, während nur 19% der Bevölkerung in Berlin darin beschäftigt ist. Auch über die Gründe für den Berufswunsch kann man leicht Ermittlungen anstellen. Liebenberg gibt folgende Prozenttabelle an:

Gründe der Berufswahl.

In Proz.	Knaben	Mädchen
Lust und Liebe zum Beruf	50,8	62,8
Berufskenntnis	10,8	3,9
Annahme der Eignung dafür (Talent, vorhandene Vorzüge, Mangel derselben für andere Berufe)	5,0	12,2
Einfluß der Eltern	3,9	3,9
Wirtschaftliche Motive (Lebensunterhalt verdienen, selbständig machen, Beamtenstellung erwerben usw.)	0,8	1,7
Tradition (Beruf der Eltern oder Verwandten)	5,6	0,5
Kein besonderer Grund	23,1	15,0

Überraschend hoch ist die Veranlagung zum Beruf unter 1.: Lust und Liebe zum Beruf. Der Grund für diese hohe Beteiligung unter diesem Gesichtspunkt mag darin liegen, daß die Karten 4—5 Monate vor der Schulentlassung ausgefüllt sind. Am Jahresende zeigen die ausgefüllten Karten ein anderes Gesicht, wie aus folgender Statistik der Berufsberatungsstelle Leipzig und Umgebung über 4758 Mädchen im Jahre 1924 (veröffentlicht in: Die Handels und Büroangestellte 31. Jahrg., Nr. 7 — Berufswunsch und Berufswahl) hervorgeht:

Berufswünsche und Berufswahl.

Berufszweig	Berufswunsch Proz.	Berufswahl Proz.
1. Landwirtschaft, Gärtnerei	3,91	0,62
2. Metallindustrie, Instrumente	—	0,16
3. Spinnstoffgewerbe	0,45	0,88
4. Zellstoff-Papierverarbeitung	0,45	1,85
5. Bekleidungsgewerbe	18,01	14,01
6. Gesundheits-, Körperpflege	0,74	0,92
7. Vervielfältigungsgewerbe	0,29	—
8. Kunstgewerbliche Berufe	0,52	0,40
9. Theater, Musik	0,45	0,06
10. Häusliche Dienste	13,47	30,28
11. Ungelernte Arbeit	1,73	9,31
12. Kaufmännische Angestellte		
a) durch Lehre ausgebildet	38,84	19,60
b) in Schulen vorgebildet		21,91
13. Erziehung, Unterricht	1,49	—
14. Sonstige geistige Berufe	0,06	—
15. Kein bestimmter Beruf	19,59	—

IV. Die Grundlagen der Berufsberatung.

Soll die Berufsberatung ihr hochgestecktes Ziel erreichen, so muß sie zu ihrer Fundierung zu dauernder Mitarbeit andere Wissenzweige und Wissenschaften heranziehen, insbesondere die Soziologie und Volkswirtschaft, die Medizin und die Wirtschaftspsychologie.

Die *Soziologie und Volkswirtschaftslehre* müssen die erforderlichen Grundlagen auf dem Gebiet der Berufskunde, Arbeitsmarktlehre und Berufsstatistik hergeben. Die Berufsberatung braucht eine genaue Kenntnis der Soziologie der Berufe und der Veränderungen der Berufsverteilung. Sie muß sich ständig vor Augen halten, daß Beruf, Wirtschaft und Gesellschaft eng zusammenhängen.

Für immer wird es der deutschen Berufsberatung zum höchsten Ruhm und größten Vorteil gereichen, daß sie die *ärztliche Mitteilung* nicht nur dringlichst gefordert, sondern ihr auch von allem Anfang an eine äußerst wichtige Stellung innerhalb der Berufspolitik und Einzelberatung gegeben hat; sie erkannte eben frühzeitig und wirklich den unlösbaren Zusammenhang von Gesundheit und Wirtschaftswert des Individuums und der Volksgesundheit und Volkswirtschaft.

Die ärztliche Berufsberatung erfordert einen Gewerbemediziner und basiert auf der Eignungsprüfung und -begutachtung. Sie ist ein sehr bedeutsamer Stein, vielleicht sogar der Eckstein des gesamten Berufsberatungsprozesses, eine sehr schwierige und verantwortungsvolle ärztliche Aufgabe, insbesondere bei Psychopathen, Schwachsinnigen, Schwerhörigen, Verkrüppelten und andersartigen Anbrüchigen.

Für die gewerbliche Medizin bricht mit der ärztlichen Arbeits- und Berufsberatung eine neue Entwicklungsphase an. Der bislang hauptsächlich von Technikern gepflegten Gewerbehygiene, welche Schutzvorrichtungen ersinnt, Gifteinwirkungen studiert, Schutzgesetze vorbereitet und dadurch für völkische Gesundheit und Wirtschaft großes leistet, wird eine Gewerbemedizin, eine Berufsphysiologie, Berufspathologie und Berufshygiene von gewerbemedizinischen Fachärzten an die Seite gesetzt werden müssen, damit das Ziel der heutigen Gesundheits- und Arbeitsfürsorge insbesondere für Anbrüchige vollends erreicht wird.

Außerdem wird die Berufsberatung zu dem Frauenerwerbsproblem, das weder die Frauenbewegung noch der Sozialismus bisherzu lösen vermochten, erneut Stellung nehmen müssen und womöglich zu seiner Lösung unendlich viel beitragen können. Darüber, daß nur der Mutter- und Hausfrauenberuf allein den inhaltsschweren Namen Beruf verdienen kann und entsprechend der hohen Naturbestimmung des Weibes zum Gattungsleben alle außermütterliche und außerhausfrauliche Arbeit nur als Berufssurrogat, eben als Erwerb, angesprochen werden kann, wird kaum ein Streit entstehen können, selbst nicht von seiten der wenigen Frauen, denen ihr Erwerb zum inneren Beruf geworden ist, oder von seiten der hauswirtschaftlich unbegabten Mädchen, in denen kein Unterricht Hausfrauentugenden erwecken kann. Auch über folgenden berufsberatungsmedizinisch begründbaren berufspolitischen Grundsatz kann keine Frage entstehen: nächst dem weiblichen Haupt- und Naturberuf in zweiter Linie alle weiblicher Naturbestimmung zunächst kommenden, von ihr am wenigsten abführenden und bezüglich der Einwirkung der Verrichtungen auf Körper und Geist der Frau sich am günstigsten verhaltenden Erwerbe wissenschaftlich und praktisch möglichst exakt zu umreißen und zu fördern und alle schon vorhandenen oder erst neu aufkommenden weiblichen Erwerbszweige, welche, in Widerspruch zu dem weiblichen Naturfunktionen stehend, den Frauenorganismus schädigen, auf dem Wege der Berufsberatung zu verschließen; aber mit Aufstellung dieses Grundsatzes ist noch keine *Gewerbegynäkologie* hervorgezaubert, die seine Durchführung ermöglicht und mit neuen anamnestischen und objektiven Untersuchungsmethoden, sozialer und erwerblicher Betrachtungsweise, Einbeziehung von Konstitutionslehre, Prognostik der Person, Statistik, Psychotechnik und anderen Hilfen uns Wegweiser auf diesem Brachland in Einzelfällen an die Hand gibt. Bisher wird die Gynäkologie noch ganz von der operierenden und bestrahlenden Ära beherrscht, noch ist sie mehr eine Lehre von der Physiologie und Pathologie der weiblichen Genitalorgane als eine Frauenkunde, und nur erst wenige zählbare Gynäkologen haben erkannt, daß es eine Sozialgynäkologie gibt und diese ein unendlich fruchtbares Neuland ist. Aus dem Vorstehenden ergibt sich also: Für die Beurteilung des Sollzustandes der Gesundheit für den geplanten Beruf ist der ärztliche Berufsberater heute noch fast vollständig auf seine eigene Berufskenntnis, seine eigenen berufspsychologischen und -pathologischen Erfahrungen angewiesen; er muß also Gewerbemediziner vom Fach sein. Und selbst dieser übernimmt eine ungeheure Verantwortung und Gewissenbelastung, die wächst, je tiefer er in die Berufskunde eindringt, je deutlicher ihm die Bedingtheit unseres ärztlichen Könnens bewußt wird, je schärfer er die Tragweite seines Rates für die Lebensbahn seiner Schützlinge und die allgemeine Wirtschaft erkennt und die heutige Unmöglichkeit einer klaren Ab-

wägung des Istzustandes der Gesundheit gegenüber dem Sollzustand der Gesundheit für den geplanten Beruf sich vor Augen hält. Deshalb wird er sich im ganzen darauf beschränken, die allergröbsten Mißgriffe in gesundheitlicher Beziehung bei der Berufswahl verhüten zu helfen, und wird diesem Grundsatz besonders treu bleiben in den Fällen von Berufsumleitung Erwachsener; der Jugendliche kann einen bei der Berufswahl begangenen und rechtzeitig erkannten Fehler durch Berufswechsel leichter wieder gut machen als der Erwachsene, der leicht zum Ungelernten herabsinkt. Wenn dieses „nil nocere" nur in recht vielen Fällen erreicht wird, so ist damit dem einzelnen und der Allgemeinheit schon recht viel Vorteil gesichert.

Die Frage, wie wir über dieses heutige Leistungsniveau hinauskommen, muß uns natürlich ernsthaft beschäftigen, vor allem harren 2 Fragen der Lösung: wie schaffen wir die gewerbemedizinisch genügend geschulten ärztlichen Berufsberater und wie versehen wir diese mit den nötigen Sachunterlagen?

Die Gewerbemedizin hat heute in Deutschland nur eine ganz verschwindend geringe Zahl von Fachvertretern; nur ganz wenige Ärzte vermögen hinreichend Mut, Lust und Geld aufzuwenden, die vielen und mannigfaltigen, der Gewerbemedizin anteiligen Grenzgebiete zu studieren und die Handarbeit durch eigene Arbeit mit Hobel, Feile und Hammer, Vertiefung in die verschiedensten Arbeitsprozesse und durch Betriebsbesichtigungen kennenzulernen; außerdem fehlt es an geeigneten Ausbildungsstätten; die theoretischen Vorlesungen, selbst wenn sie durch gute Demonstrationen illustriert werden, können den eigenen Augenschein und das Selbsterlebnis nicht ersetzen, und eine große Zahl von Unternehmern verschließt heute noch aus Mangel an Verständnis für die Bedeutung der Gewerbemedizin den interessierten Ärzten ihre Tore; vor allem aber winkt dem Gewerbemediziner kein sehr verlockender Lohn; die Fabrikärzte hängen von ihrem Brotgeber ab und sind schlecht dotiert; die wenigen neuen staatlichen Gewerbearztstellen sind noch zu wenig bekannt, erscheinen auch nur wenigen erstrebenswert; im ganzen zieht ja der junge Arzt die Heiltätigkeit trotz der Überzahl der Therapeuten als scheinbar lohnender vor. Es ist deshalb notwendig, für gewerbemedizinischen Nachwuchs zu sorgen und die Ausübung dieser medizinischen Spezialität verlockend zu gestalten. Ein Reichszentralinstitut für Arbeit und Gewerbe, Berufsforschung, Berufsmedizin und -hygiene und für alle damit verwandten medizinischen und nichtmedizinischen Wissenszweige kann allein diesem Mangel in ideeller und materieller Hinsicht abhelfen. Dieses Reichszentralinstitut denke ich mir gegliedert in eine Reihe von Abteilungen, von denen jede geleitet wird von einem Mann, der Fachmann und großer Kopf zugleich sein muß und über den üblichen Ressort- u. a. -abgrenzungs- usw. -quengeleien steht. Über der Gesamtheit der Abteilungsleiter müßte ein das Ganze leitender Präsident stehen. Die Hauptsache für dieses Zentralinstitut ist die allerengste Verbindung mit der Praxis der Arbeit und des Lebens. Nichts wäre verhängnisvoller als ein Reichsgewerbearzt, der in einem mit viel interessanter Wissenschaft ausstaffierten, aber ummauerten Hof ohne Verbindung mit Technikern, Berufsberatern, Psychotechnikern, Arbeitsvermittlern, Arbeitgebern und Arbeitnehmern theoretisch arbeiten würde. Vielleicht wäre deshalb zu erwägen, diesem Reichszentralinstitut einen Verwaltungsausschuß aller an seiner Tätigkeit interessierten Faktoren beizugeben. Dieses Zentralinstitut muß auch mit den dezentral arbeitenden Aufnahme- und Vermittlungsstellen der Arbeits- und Gesundheitsfürsorge in engster Verbindung stehen. Diese Organisation könnte auch die Schulung sämtlicher an der Gesamtarbeit anteiligen Kräfte regeln. Als eine Nebenfrage erscheint es mir, ob dieses Zentralinstitut besser dem Reichsarbeitsministerium oder dem Reichsgesundheitsamt angegliedert werden muß; hier sind unsere darniederliegenden Wirtschaftsverhältnisse ausschlaggebend; jede Zersplitterung,

Doppel-, Nebeneinander- und Gegeneinanderarbeit muß gerade auf diesem spröden Gebiet nachdrücklichst vermieden werden.

Auf den großen Wert der Wirtschaftspsychologie für die Berufsberatung sei hier nur kurz hingewiesen. Das wichtige Gebiet der *Psychotechnik* und der experimentellen Eignungsprüfungsmethoden (Allgemeindiagnostik nach Giese und Sondereignungsprüfungen nach Moede) wird in einem besonderen Abschnitt dieses Handbuches behandelt werden. — Ferner sei nicht unterlassen, in diesem Zusammenhange auf die praktischen Erfolge der wissenschaftlichen *Graphologie*, wie sie in den letzten $2^1/_2$ Jahrzehnten von Ludwig Klages ausgebaut worden ist, aufmerksam zu machen.

V. Die Organisation der Berufsberatung.

1. Die Grundsätze der Organisation.

Die Berufsberatung hat sich in den letzten Jahren zu einer wichtigen sozialen Einrichtung entwickelt, dank amtlicher Förderung, reichsgesetzlicher Regelung und vor allem guter Organisation. Dieser Fortschritt konnte aber erst erzielt werden, nachdem Methoden und Technik der Berufsberatung geklärt waren und nachdem der Berufswunsch als Ausgangspunkt anerkannt, die Eignungsfeststellung zum Schwerpunkt der Beratung gemacht, auf die Erteilung von Rat und Hilfe Gewicht gelegt und in erster Linie der Grundsatz der negativen Auslese durchgesetzt war. Alle diese Dinge konnten nur ermöglicht werden dank einer folgerichtig aufgezogenen und durchgeführten Organisation. Entsprechend den Verordnungen der Landesregierung sind in fast allen Ländern örtliche Beratungsstellen errichtet, die für größere Bezirke in Provinzial- oder Landesberufsämtern zusammengefaßt werden. Die allgemeinen Bestimmungen für die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung vom *17. Mai 1923* enthalten zwar nicht die Bezeichnungen Berufsämter und Landesberufsämter, dennoch besteht dieser Aufbau.

Aufgabe und Tätigkeit der Berufsämter wird geregelt durch folgende Hauptgesichtspunkte:

Die Berufsberatung muß gemeinnützig und unparteiisch sein, sie darf nicht von irgendwelchen Interessengruppen abhängen, sondern lediglich von objektiven Bedürfnissen der Wirtschaft und dem Wohle der Ratsuchenden ausgehen.

Die Berufsberatung muß einheitlich und umfassend sein. Sie muß von einer Stelle aus für einen festumgrenzten Bezirk, Stadt- oder Landkreis, betrieben werden, sich an alle Personen, die eines Berufsrates bedürfen, in einen Beruf neu eintreten oder ihn wechseln wollen, wenden. Sie muß sich ferner auf alle Berufe, Berufsgruppen und Ratsuchenden ausdehnen. Auch dieser Grundsatz unterscheidet die öffentliche Berufsberatung von ähnlichen Interessenteneinrichtungen. Die Beobachtung dieses Grundsatzes ist eine vitale Notwendigkeit für die Berufsberatung; denn beschränkt sich eine Beratungsstelle von vornherein auf einzelne Berufe oder Berufsgruppen, so kommen nur solche Personen zur Beratung, die von vornherein entschlossen waren, sich gerade diesem Beruf oder dieser Berufsgruppe zuzuwenden. Die Masse der Unentschlossenen und derjenigen, die die ungelernte Arbeit vorziehen, die also der Berufsberatung am meisten bedürfen, bleibt meist fern. Eine ideale Beratungsstelle wäre also eine solche, welche ein tatsächliches Monopol der Beratung innerhalb eines bestimmten Gebietes ausübt, alle eines Berufsrates bedürftigen Personen erfaßt, alle Berufe und Berufsgruppen umgreift und über alle einschlägigen Fragen Auskunft erteilt. Von der Erfüllung dieser idealen Forderung sind wir, wie die oben angegebene von Stets ausgestaltete Statistik zeigt, noch sehr weit entfernt.

Die Berufsberatung muß auf der engen Verbindung mit allen beteiligten Kreisen aufgebaut sein. Andernfalls kann sie nicht die im vorigen Absatz aufgestellten Forderungen erfüllen. Die Berufsarbeit kann nicht ohne Mitarbeit der Schule, der Geistlichen, der Jugendpfleger, der Ärzte, Psychologen und anderer Interessenten arbeiten — weder im Einzelfall noch zur Lösung ihrer gesamten Aufgaben. Nach den allgemeinen Bestimmungen der Berufsberatung ist deswegen ein Beirat geschaffen worden, in dem die allgemeinen Fragen der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung geklärt werden und aus dessen Mitte dem Berufsamt als solchem und auch den einzelnen Beratern sachverständige Personen zur Verfügung gestellt werden sollen, die im Zweifelsfalle aus ihrer Erfahrung Rat erteilen können.

Die Berufsberatung soll mit dem Arbeitsnachweis eng verbunden sein, aber dennoch eine selbständige Institution bleiben. Die Berufsberatung gehört zur Organisation des Arbeitsnachweises, aber sie ist nicht bloß eine Lehrstellenvermittlung, denn sie unterscheidet sich in sehr vielen Punkten von dieser.

Sachlich ist jedoch die Tätigkeit des Berufsberaters mit der des Arbeitsvermittlers verwandt. Der Berufsberater leistet Arbeitsvermittlerarbeit, soweit er Jugendliche lediglich in Anlernstellen vermittelt, andererseits hat der Arbeitsnachweisvermittler, welcher auf individuelle Arbeitsberatung Gewicht legt, vieles zu leisten, was in das Arbeitsgebiet des Berufsberaters hineingehört.

2. Die Tätigkeit der Berufsberatungsstellen.

Die *Träger der eigentlichen Berufsberatung* sind *die Berufsberatungsstellen und die Berufsämter*. Ihre Tätigkeit hat sich grundsätzlich auf die Dinge zu erstrecken, die schon oben wiederholt angegeben worden sind. Aus Zweckmäßigkeitsgründen empfiehlt es sich, die Tätigkeit der Berufsberatungsstellen zu gliedern.

Die Berufsberatung beginnt mit der planmäßigen Vorbereitung der Berufswahl unter Mithilfe der Schule.

Zwischen der *Schule und der Berufsberatung* muß in mehrfacher Hinsicht eine enge Verbindung bestehen: die Schule soll die Jugend zur Arbeit und zum Beruf erziehen; die Schule soll die Jugendlichen während des letzten Schuljahres der Berufsberatung zuführen und mit berufskundlicher Aufklärung versehen; die Schule soll drittens ihre mehrjährigen Beobachtungen der Berufsberatung dienstbar machen. Die Berufsberatung wird schon aus Eigeninteresse die Schule bei der Durchführung ihrer Angelegenheit soviel als möglich unterstützen. Aufgabe der Schule ist es, die Jugend zu lehren, mit der ganzen Persönlichkeit sich in die Arbeit zu versenken, aus dem Schaffen Freude zu gewinnen, den zu ehren, der arbeitet, einerlei, wes Standes oder Berufes er sei. Dazu muß die Schule die Erziehung zur Arbeit als ihre besondere Aufgabe erkennen, die rechten Lehrgegenstände heranziehen und die zweckvollste Lehrform anwenden. „Erziehen heißt, die ursprünglich alle Gestaltungsmöglichkeiten in sich schließende Persönlichkeit des Jugendlichen zum Erwerb derjenigen Kulturgüter führen, die in der Fülle der kulturellen Gegebenheiten für die Gestaltung des Lebens die wertvollsten sind“ (Biener). Auf die verschiedenen pädagogischen Notwendigkeiten braucht hier nicht eingegangen zu werden; nur das mag gesagt werden: die Lehrerschaft wird die ihr zufallenden Aufgaben kaum erfüllen können, wenn ihr nicht von berufener Seite die heutige Berufsnot vor Augen geführt und die Notwendigkeit der erzieherischen Mitarbeit der Schule immer wieder klargemacht wird. Die Schule soll die Jugendlichen systematisch auf die Berufsberatung hinlenken. Im Erlaß des preußischen Ministers für Wissenschaft usw. vom 20. Februar 1920 heißt es: „Im Rahmen des dafür geeigneten Unterrichts (insbesondere Religion, Deutsch, physiologische Propädeutik) ist auf den inneren Wert der Arbeit und die sittliche

Notwendigkeit der rechten Berufswahl immer wieder hinzuweisen. Auch für diese Fragen müssen die Schülerbüchereien geeignete Schriften enthalten. Die Schule muß ferner mehr als bisher die Anlagen, Fähigkeiten und Neigungen ihrer Schüler beobachten und diese Beobachtungen im Laufe der Schuljahre so sammeln, daß sie ein Urteil über die mutmaßliche Berufseignung des einzelnen erleichtern." — „Der Schule verbleibt daneben nach wie vor als besondere Aufgabe die Erziehung zur rechten Berufswahl. Sie hat in Erfüllung dieser Pflicht den Schülern sowohl im Rahmen des Unterrichts wie durch besondere Veranstaltungen, z. B. Vorträge, Lichtbildvorführungen, Besichtigungen usw. so oft wie möglich Einblicke in das Berufs- und wirtschaftliche Leben zu gewähren. Auch die Schülerbüchereien sind für diese Zwecke zu ergänzen und den Schülern zur Benutzung zu empfehlen" (ebenda).

Die eigentliche fachliche Beratung ist den Berufsämtern zu überlassen. Die zur Entlassung kommenden Schüler und Schülerinnen sind bei jeder passenden Gelegenheit zum Besuch dieser Beratungsstellen anzuhalten. Soweit der Schule von den Beratungsämtern Fragebogen überlassen werden, ist deren sorgfältige Ausfüllung durch den Leiter der Anstalt zu überwachen und etwa gewünschte Auskunft über mutmaßliche Berufseignung nach bestem Wissen und Gewissen zu erteilen.

Diese bei Beginn des letzten Schuljahres auszufüllenden und dem Berufsamt einzusendenden Fragebogen sind arbeitskundlich zu betrachten und haben größte praktische Bedeutung für die Berufsberatung. Der Schullauf bietet eine ununterbrochene Gelegenheit zu vielseitigen, insbesondere psychologischen Beobachtungen und ist daher eine auf mehrjährigem Verfahren beruhende Ausleseeinrichtung. Dabei kommen gewisse Eigenschaften mit einer Deutlichkeit hervor, die kein medizinisches und psychologisches Laboratorium im Berufsberatungsstadium zu ergeben vermag, insbesondere Fleiß, ethische und Charaktereigenschaften. Darum sind diese Fragebogen für die Berufsberatung so wichtig. Allerdings dürfen sie nicht überwertet werden; sie sind pädagogische Erfahrungen des Lehrers, Zensuren über Kenntnisse und Fertigkeiten, Angaben von Eindrücken über Begabungen, Talente usw.; auf mögliche Fehler der Lehrer bei diesen Fragebogen braucht hier nicht genauer eingegangen zu werden. Über das, was der Fragebogen dem Berufsberater erschließen soll, ist naturgemäß eine große Literatur entstanden; ohne näher darauf einzugehen, seien nur einige praktische Beispiele dafür angegeben, wie versucht wird, durch diesen Fragebogen dem Berufsberater ein möglichst umfassendes Bild von dem Jugendlichen zu geben. Indessen sei nachdrücklich betont: die Schule ist kein berufspsychologisches Laboratorium und nicht geeignet, den Berufsberater zu ersetzen; vor allem vermag die Schule nicht die vielen Dinge mitzuberücksichtigen, die in den speziellen Interessenkreis des Berufsberaters fallen. Einfach und gut ist der schon 1920 im Auftrage der Berliner Gewerkschaften aufgestellte Fragebogen.

Ein ausgezeichnetes Lehr- und Anschauungsmittel ist der Film, der seine Kraft immer mehr und mehr in den Dienst des Unterrichts zu stellen beginnt. Von dem Deutschen Ausschuß für technisches Schulwesen, Berlin NW 7, Sommerstraße 4a, ist eine Reihe von Lehrgängen zusammengestellt worden, die ein gutes anschauliches Bild verschiedener Berufe und der Ausbildung eines Lehrlings geben. Auch ein werbekräftiges Plakat an richtiger Stelle kann viel segensreiche Aufklärung schaffen.

Fragebogen.

(Muster eines von der Zentralstelle für Lehrstellenvermittlung in Groß-Berlin verwandten Formulars.)

Anmeldebogen

für den Schüler der ..... Schule in .....
Klasse ..... wie lange besucht? .....
Vor- und Zuname: .....

Geburtstag und Ort: ....
Wohnung (Straße, Nr.): ....
Name und Beruf des Vaters: ....
(des Vormundes): ....
Welchen Beruf möchte der Schüler wählen? ....
Können die Eltern während der Lehrzeit für Kost und Aufenthalt sorgen? ....
Können die Eltern Lehrgeld zahlen? ....
Darf eine Lehrstelle nach auswärts angenommen werden? ....
Hat der Schüler schon eine Lehrstelle gewählt? ....
Wenn ja, in welchem Beruf? .... Bei wem? ....
Hat der Schüler jetzt in der schulfreien Zeit eine Arbeitsstelle? ....
Als was? .... Bei wem? ....
Bemerkungen der Schule: ....
Betragen und Leistungen: ....
Evtl. ärztliche Bemerkungen (ärztlicher Überwachungsschein): ....
Unterschrift des Klassenlehrers bzw. der überweisenden Anstalt: ....

Fragebogen.

(Von Rebhuhn.)

I. Körperliches und Sinne.

1. Ist der Schüler im allgemeinen gesund?
2. Besitzt er auffällige Mängel in der Sinneswahrnehmung?
3. Hat er Sprechfehler?
4. Ist eine besondere Schärfe und Feinheit der Sinneswahrnehmung beobachtet worden? Auf welchem Sinnesgebiet?
5. Macht der Schüler den Eindruck nervöser Reizbarkeit?

II. Auffassung.

1. Gründen sich Auffassung, Vorstellungsweise und Gedächtnis vorwiegend auf:
   a) Gesichtseindrücke?
   b) Gehörseindrücke?
   c) Bewegungseindrücke?
   d) auf b) und c) oder auf a) und c) zugleich?
2. Besitzt der Schüler die Fähigkeit zu rascher Auffassung:
   a) äußerer Eindrücke?
   b) innerer, seelischer Vorgänge (sog. Einfühlung)?
3. Ist er imstande, Beobachtungen zu machen?

III. Aufmerksamkeit.

Besitzt der Schüler:

1. eine wache, leicht erregbare Aufmerksamkeit?
2. die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit schnell auf neue Eindrücke einzustellen und sie gleichzeitig zu konzentrieren?
3. die Aufmerksamkeit scharf auf einen Gegenstand zu konzentrieren, ohne sich durch Störungen ablenken zu lassen?
4. die Aufmerksamkeit längere Zeit hindurch gleichmäßig demselben Gegenstande zuzuwenden?
5. die Aufmerksamkeit erfolgreich gleichzeitig *mehreren* Gegenständen zuzuwenden (Umsicht)?

IV. Gedächtnis und Lernen.

Hat der Schüler:

1. die Fähigkeit zu schneller Einprägung neuer Vorstellungen (leichtes Lernen)?
2. die Fähigkeit, sich viel (oder auch vielerlei Verschiedenes) auf einmal zu merken?
3. ein dauerhaftes Gedächtnis, d. h. die Fähigkeit, Vorstellungen (auch vielerlei Verschiedenes) lange aufzubewahren?
4. ein treues Gedächtnis, d. h. die Fähigkeit, Erinnerungen genau (in unveränderter Gestalt) aufzubewahren?
5. ein umfangreiches Gedächtnis, d. h. einen großen Schatz von Erinnerungsvorstellungen (Kenntnisse, Gedächtniswissen)?
6. Ist das Gedächtnis vielseitig oder bestehen nur Sondergedächtnisse für bestimmte Gebiete?

7. Hat der Schüler ein schlagfertiges Gedächtnis, d. h. die Fähigkeit, schnell und sicher über das Gedächtniswissen zu verfügen?
8. Ist er imstande, nur einmal Gehörtes oder Gelesenes sofort und auch nach einiger Zeit noch richtig wiederzugeben?
9. Lernt (und behält) der Schüler:
   a) vorzugsweise mechanisch und wörtlich?
   b) dem Inhalt und Sinne nach, besonders die Hauptsache, das Wesentliche und Wichtigste, den Zusammenhang?
   c) unter Benutzung von Merkhilfen?

V. Denkfähigkeit.

1. Zeigt sich der Schüler im Unterricht, namentlich im freien mündlichen und schriftlichen Ausdruck, besonders gut befähigt und selbständig hinsichtlich folgender Denkfähigkeiten: Neben-, Unter- und Überordnung, Erkennen von Gegensatz und von Grund und Folge (Ursache und Wirkung), Vergleichen und Unterscheiden, Unterscheiden von Wesentlichem und Unwesentlichem (Haupt- und Nebensachen), Definieren, Folgern und Schließen, Abstrahieren, Zerlegen und Aufbauen (Analyse und Synthese), Kombinieren, Kritisieren?
2. Kann er selbständig urteilen?
3. Arbeitet er selbständig oder bedarf er öfter der Hilfe?
4. Versteht er die Arbeit durch gewisse Kunstgriffe zu erleichtern oder zu beschleunigen? Tut er das ohne besondere Auffassung?
5. Versteht er, sich in besonderen Lagen zweckmäßig zu entscheiden, namentlich wenn etwas Unerwartetes eintritt (Geistesgegenwart)?
6. Besitzt der Schüler eine lebhafte Phantasie?

VI. Gefühle und Affekte.

1. Hat der Schüler ein stark oder gering entwickeltes Gefühlsleben, d. h. ist er im allgemeinen lebhaft interessiert oder gleichgültig?
2. Herrschen bei ihm lustvolle oder unlustvolle Gefühle und Stimmungen vor (heiteres oder trübes Temperament)?
3. Was wirkt insbesondere auf das Gefühlsleben und in welcher Weise?
4. Zeigt sich leicht eine äußerlich bemerkbare starke Erregung des Gefühls, eine Übertreibung bis zur Leidenschaftlichkeit (Affekt)?
5. Neigt der Schüler zu Ungeduld, Ärger, zum Nachtragen, zur Launenhaftigkeit?
6. Ist das Selbstgefühl (das Gefühl des eigenen Wertes) stark oder gering ausgebildet?
7. Ist das Ehrgefühl stark oder gering entwickelt?
8. Hat der Schüler Mitgefühl?

VII. Wille und Arbeitslauf.

1. Zeigt der Schüler besondere Stärke oder Schwäche des Willens?
2. Kann er sich selbst beherrschen?
3. Hält er an Urteilen und Entschlüssen fest (Beharrlichkeit)?
4. Nimmt er nachdrücklich Stellung auch dem Lehrer gegenüber (Entschiedenheit)?
5. Pflegt der Schüler auch ohne besonderen Antrieb sein Bestes zu leisten oder bedarf er zur Erzielung seiner Höchstleistungen eines fortgesetzten äußeren Antriebes?
6. Leistet er freiwillig mehr als verlangt wird?
7. Sucht er sich über Fragen, die ihn interessieren, selbständig zu unterrichten durch Benutzung von Nachschlagewerken u. dgl.?
8. Sind seine Leistungen stetig oder schwankend?
9. Sind sie stets sorgfältig?
10. Nimmt er gern Hilfe in Anspruch, auch wenn es nicht nötig wäre?
11. Arbeitet er flink oder langsam?
12. Besitzt er weitgehende Übungsfähigkeit, d. h. lassen sich seine Leistungen leicht steigern?
13. Ermüdet er rasch?
14. Erholt er sich rasch oder langsam?
15. Wird mangelnde Begabung durch Fleiß ersetzt, allgemein oder nur in einigen Fächern (welche?), oder wieweit fallen mangelnde Begabung und mangelnder Fleiß zusammen?

VIII. Stellungnahme.

1. Ist der Schüler eine sog. selbständige oder unselbständige Natur?
2. Stellt er selbständige Fragen an den Lehrer oder andere Personen? Unaufgefordert oder erst nach Aufforderung?
3. Wofür interessiert er sich im Unterricht besonders?
4. Womit beschäftigt er sich in den Mußestunden?

5. Ist er unsicher in der Stellungnahme und beeinflußbar?
6. Hat er Scheu vor der Übernahme von Verantwortung?
7. Neigt er dazu, seine Überzeugung und seinen Willen auch anderen mitzuteilen?
8. Hat er Neigung zum Führen?
9. Hat er Neigung zum Organisieren?
10. Hat er Sinn für Ordnung?

IX. Begabungen.

1. Besitzt der Schüler die Gabe, seine Überzeugung und seinen Willen auch anderen mitzuteilen (eindrucksvolle Persönlichkeit)?
2. Hat er Begabung zum Führen?
3. Hat er Begabung zum Organisieren?
4. Hat er besondere Begabungen im Wissen und Können?
5. Ist er selbstschöpferisch tätig, d. h. schafft er selbständig Neues, Eigenes?

X. Stellung in der Gemeinschaft.

1. Genießt der Schüler das besondere Vertrauen seiner Mitschüler oder nicht?
2. Kann er sich einordnen (Kollegialität) und unterordnen (Disziplin)?

XI. Allgemeines Verhalten.

Wie verhält sich der Schüler:
a) zu sittlichen Forderungen?
b) zu anderen Personen?
c) zur Umgebung (Anpassung)?

XII.

Gelangt der Schüler neuen Anforderungen gegenüber rasch oder langsam zu Erfolg?

(„Die Mitwirkung der Schule bei der Berufsberatung" von Georg Wolff, aus: Berufswahl und Berufsberatung.)

Entwurf eines berufspsychologischen Personalbogens für Volksschüler.

Name des Schülers:
Geboren am:

I. Bemerkungen zu den Schulleistungen.

1. Sprachliche Gewandtheit:
   a) im mündlichen Ausdruck:
   b) im schriftlichen Ausdruck:
2. Sicherheit in der Rechtschreibung:
   Sicherheit in der Zeichensetzung:
3. Lesefertigkeit:
4. Fähigkeit, Gelesenes inhaltlich wiederzugeben:
5. Handschrift:
6. Fertigkeit im Kopfrechnen:
   Fertigkeit im schriftlichen Rechnen:
7. Fertigkeit im Zeichnen:
8. Handgeschicklichkeit (besonders im Anschluß an den Handarbeitsunterricht zu beurteilen):

II. Allgemeine Fragen.

1. Hat der Schüler besonders gute oder besonders geringe Leistungen irgendwelcher Art aufzuweisen?
   Woher rühren diese vermutlich?
2. Sind besondere Neigungen, etwa für einzelne Schulfächer, für bestimmte Beschäftigungen oder Tätigkeiten beobachtet worden?
3. Schwanken die Leistungen stark?
   Welche?
   Warum vermutlich?
4. Pflegt der Schüler auch ohne besonderen Antrieb sein Bestes zu leisten oder nicht?
5. Ist er im allgemeinen:
   flink oder langsam?
   dreist oder schüchtern?
6. Wurden auffällige Charaktereigentümlichkeiten beobachtet? Wenn ja, so ist tunlichst ausführliche Angabe einiger „Fälle" erwünscht.
7. Ist eine Neigung für einen bestimmten Beruf hervorgetreten?

III. Fragen zur Eignung für besondere Berufe.

Besitzt der Schüler eine auffällig gute oder eine auffällig geringe Fähigkeit?	Welcher Beruf bedarf dieser Eigenschaften?	Wo lassen sie sich im Schulleben beobachten?
1. Auch schwache und entfernte Gegenstände wahrzunehmen und zu erkennen — auch bei ziemlicher Dunkelheit?	Kraftwagenführer.	Wehrturnen, Betrachtung von Bildern und Karten, Vorführung von Experimenten im Physik- und Chemieunterricht.
2. Leise Geräusche wahrzunehmen?	Telegraphenarbeiter.	Ebenda und gelegentlich.
3. Mit dem Tastsinn geringe Unebenheiten zu bemerken?	Polierer.	Handfertigkeitsunterricht.
4. Wenigstens die Hauptfarben zu erkennen und zu unterscheiden?	Lokomotivführer.	Vielfach.
5. Auch feinere Farbennuancen zu erkennen und zu unterscheiden?	—	Zeichenunterricht, Naturkunde, etwa bei botanischen Beobachtungen, auch im Mikroskop.
6. Größere Abstände richtig zu schätzen?	Straßenbahnführer.	Turnen und Turnspiel: Aufstellungen zum Barlaufspiel, zu Freiübungen.
7. Kleinere Abstände mit dem Auge richtig zu schätzen und mit anderen zu vergleichen.	Setzer.	Schreiben, etwa nach Vorlage, Zeichnen, besonders auch Linearzeichnen.
8. Kleinere Abweichungen von einer vorgeschriebenen Form (z. B. Kreis) zu erkennen?	—	Zeichnen.
9. Die Richtung zu erkennen, aus der ein Geräusch kommt?	Schiffsführer.	Gewisse Spiele mit verbundenen Augen („Jakob, wo bist du?“).
10. Kleine Abweichung in der Tonhöhe, Klangfarbe oder Stärke eines Geräusches zu bemerken?	Motorführer.	Singen.
11. Undeutlich Geschriebenes od. dgl. zu erkennen und zu deuten?	Setzer.	Gegenseitige Verbesserung schriftlicher Arbeiten, Lesen an der Wandtafel.
12. Undeutlich Gesprochenes richtig zu erkennen und zu deuten.	Telephonist.	„Vorsagen“ durch hilfsbereite Mitschüler.
13. Räumliche Gegenstände in ihren Einzelheiten und bezüglich des Ineinandergreifens ihrer Teile anschaulich vorzustellen?	Maschinenbauer.	Raumlehre, auch Physik, Naturbeschreibung (Bau einer Blüte usw.).
14. Räumliche Anordnungen sich rasch und sicher einzuprägen?	Lagerist.	Einprägung des Landkartenbildes, gelegentlich Bescheidwissen im Klassenschrank, in der Lehrmittelsammlung, Wissen um die Stellung eines Lernstoffes im Schulbuch.
15. Bestimmte Assoziationen sich schon nach wenigen Wiederholungen sicher einzuprägen?	Auskunftsbeamter.	In allen Lehrfächern und Schulstunden.
16. Größere Abschnitte von Lesestoffen sich auf einmal einzuprägen und wörtlich auch im ganzen zu reproduzieren?	Maschinenschreiber.	Abschreiben und mündliche Wiedergabe von Gelesenem.
17. Einmal Gelesenes kurze Zeit danach sicher wörtlich zu reproduzieren?	Setzer.	Überall gelegentlich.
18. Einmal Gehörtes kurze Zeit darauf sicher zu reproduzieren?	Telephonist.	Diktatschreiber.
19. Gedächtnismäßiges Wissen prompt zu beherrschen?	Auskunftsbeamter.	Überall.

III. Fragen zur Eignung für besondere Berufe (Fortsetzung).

Besitzt der Schüler eine auffällig gute oder eine auffällig geringe Fähigkeit?	Welcher Beruf bedarf dieser Eigenschaften?	Wo lassen sie sich im Schulleben beobachten?
20. Sich an einmal oder nur selten erlebte Situationen für längere Zeit genau zu erinnern?	—	Etwa an den Schulausflug.
21. Sich an einmal oder nur selten gesehene Orte für längere Zeit genau zu erinnern?	—	Desgleichen.
22. Sich an einmal (oder nur selten) gesehene Personen für längere Zeit genau zu erinnern?	—	An den Schularzt, Schulinspektor usw.
23. Sich an einmal (oder nur selten) gehörte Namen für längere Zeit genau zu erinnern?	—	Besonders in Erdkunde und Geschichtsunterricht.
24. Sich an einmal (oder nur selten) gesehene oder gehörte Zahlen für längere Zeit genau zu erinnern?	—	Ebenda.
25. Kleine (Finger-) Bewegungen fein abzustufen oder vorgeschriebene Bewegungen sicher und richtig auszuführen. Handgeschicklichkeit?	Schleifer.	Handfertigkeitsunterricht, Schreibgeschicklichkeit, Zeichnen.
26. Die Kraft der Bewegungen fein abzustufen (z. B. beim Hämmern oder auch beim Blasen)?	Silberschmied.	Werfen im Turnen.
27. Größere (Arm-) Bewegungen von vorgeschriebener Größe sicher auszuführen und richtig zn bemessen; Zielen?	Telephonist.	Gewisse Freiübungen (Armschwingen).
28. Verschiedene Bewegungen sehr rasch einander folgen zu lassen?	Stenograph.	Turnen: Seilhüpfen; Schreibgeschwindigkeit.
29. Häufig wiederkehrende Folgen von verschiedenen Bewegungen zu Gruppen zusammenzufassen?	Maschinenschreiber.	Schreiben, Reigenübungen im Turnen, zusammengesetzte Freiübungen (Ausfall mit Armstoßen usw.).
30. Auf verschiedene Eindrücke hin rasch verschiedene, und zwar jedesmal die richtige vorgeschriebene Bewegung folgen zu lassen?	Telephonist.	Gewisse Turnspiele: Barlauf, sog. Aufmerksamkeitsübungen im Turnen.
31. Auf eine unerwartete Gesichtswahrnehmung sehr rasch eine bestimmte vorgeschriebene Bewegung folgen zu lassen?	Kraftwagenführer.	Kampf- und Fangspiele.
32. Auf eine unerwartete Gehörswahrnehmung sehr rasch eine bestimmt vorgeschriebene Bewegung folgen zu lassen?	Schiffsführer.	Bei gewissen Gelegenheiten im Turnen; plötzliche Wendungen.
33. Gleichzeitig mit verschiedenen Gliedmaßen verschiedene Bewegungen auszuführen?	—	Zusammengesetzte Freiübungen im Turnen.
34. Dem Arbeitsprozeß lange Zeit hindurch eine gleichmäßige Aufmerksamkeit zuzuwenden, nicht merklich zu ermüden oder mit der Aufmerksamkeit infolge der Ermüdbarkeit nachzulassen?	—	Fortlaufendes Rechnen, aber auch sonst in allem Unterricht.

III. Fragen zur Eignung für besondere Berufe (Fortsetzung).

Besitzt der Schüler eine auffällig gute oder eine auffällig geringe Fähigkeit?	Welcher Beruf bedarf dieser Eigenschaften?	Wo lassen sie sich im Schulleben beobachten?
35. Gleichzeitig mehrere Gegenstände längere Zeit hindurch gleichmäßig zu beobachten?	Beim Sortieren.	Barlaufspiel.
36. Die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte, regelmäßig wiederkehrende Periode des Arbeitsprozesses einzustellen?	Beim Mischen.	Reigenübungen, Hindernislaufen, Laufen durch oder über das geschwungene Seil.
37. Die Aufmerksamkeit in gewissen Augenblicken aufs schärfste zu konzentrieren?	Metallgießer.	„Hilfestellung geben" im Turnen, Beobachtung gewisser Versuche im naturkundlichen Unterricht, „Wettrechnen".
38. Die Aufmerksamkeit rasch immer wieder auf Neues einzustellen?	Auskunftsbeamter.	Wiederholungen, rasches Abfragen von Namen und Zahlen, „Taktrechnen".
39. Die Aufmerksamkeit durch fremdartige Eindrücke nicht ablenken zu lassen?	Straßenbahnführer.	Überall.
40. Unangenehme Eindrücke (Gerüche, Geräusche u. dgl.) zu ertragen.	—	Gelegentlich (Singen in der Nachbarklasse, Rauschen der Gaslampen usw.).
41. Gleichförmige (monotone) Arbeit zu verrichten?	—	Abschreiben, Schönschreibunterricht.
42. Geübte Leistungen zu berrichten? Routine?	-	Überall.
43. Die vorgeschriebene Arbeit durch gewisse Kunstgriffe zu erleichtern oder zu beschleunigen?		Auffinden von Rechenvorteilen, von Merkhilfen für das Einprägen von Namen und Zahlen.
44. Sich an ungewohnte Anforderungen rasch anzupassen?	-	Etwa ausnahmsweise ein Diktat lateinisch zu schreiben anstatt deutsch, Interpunktionszeichen mitzulesen, ungewohnte Lage der Figuren im Raumlehrunterricht, ungewohnt eingekleidete Rechenaufgaben usw.
45. Mit anderen wettzueifern?	—	Vielfach.
46. Mit vielen anderen zusammen zu arbeiten?	—	Vergleich von Hausarbeit und Schularbeit.
47. Sich in eine Gruppe von Mitarbeitern einzufügen?	—	Etwa beim Herbeischaffen und Wegräumen der Geräte imTurnraum, bei Parteispielen (Faustball, Barlauf, Fußball).
48. Selbständig zu denken und zu disponieren, die einzelnen Teile des Arbeitsprozesses zweckmäßig zu verteilen u. dgl.?	—	Aufsätze, Spielführer im Turnen.
49. In neuer Lage rasche Entscheidungen zu treffen (Initiative)?	-	Kampfspiele.
50. Zu befehlen?	-	Turnspiele, „Einfluß" auf die Mitschüler.
51. Zu gehorchen; Vorschriften genau zu befolgen?	—	Spielführer.
52. Zu organisieren, Arbeiten an verschiedene Personen, Orte, Zeitpunkte zweckmäßig zu teilen?	—	Mannigfach.
53. Die eigenen Leistungen zu kritisieren?	-	Mannigfach.
54. Fremde Leistungen zu kritisieren?	-	Gegenseitige Korrektur im Unterricht.

III. Fragen zur Eignung für besondere Berufe (Fortsetzung).

Besitzt der Schüler eine auffällig gute oder eine auffällig geringe Fähigkeit?	Welcher Beruf bedarf dieser Eigenschaften?	Wo lassen sie sich im Schulleben beobachten?
55. Fehlerhafte Eindrücke rasch zu bemerken und zu verbessern?	—	Bei schriftlichen Arbeiten.
56. Abstraktes (Nichtanschauliches) zu verstehen?	—	Vielfach im Unterricht.
57. Suggestionen zu widerstehen?	—	Gelegentlich bei vom Lehrer beabsichtigten Suggestionen.
58. Die Tätigkeit anderer genau nachzuahmen?	—	Zum Beispiel den Lehrer.
59. Flächenhafte Vorlagen abzuzeichnen?	—	Zeichenunterricht, Lieblingsbeschäftigung mancher Schüler.
60. Nach Vorlage oder Modell zu arbeiten?	—	Handfertigkeitsunterricht, häusliche Beschäftigungen auch im Anschluß an Raumlehre und Naturlehreunterricht.
61. Zeichnungen (Muster) selbständig zu entwerfen?	—	Zeichnungen.
62. Geschmackvolle räumliche Anordnungen herzustellen; (Sinn für Symmetrie u. dgl.)?	Goldarbeiter.	Zum Beispiel Festschmuck anzubringen.
63. Farben geschmackvoll einander zuzuordnen?	Schaufensterdekorateur.	Zeichnen.

(Hyllascher Fragebogen; unter Förderung von Dr. Lipmann entstanden; aus: Berufswahl und Berufsberatung.)

Die 15 berufspsychologischen Fragen, die die Stadt Berlin-Schöneberg auf ihrem Personalfragebogen verwendet, lauten:

VI. Besondere Fähigkeiten. Besitzt der Schüler eine auffallend gute (+), oder normale (0), oder auffallend geringe (—) Fähigkeit:	+	0	—
1. Leise Geräusche wahrzunehmen?	—	—	—
2. Undeutlich Gesprochenes richtig zu erkennen und zu deuten?	—	—	—
3. Feinere Farbennuancen zu unterscheiden?	—	—	—
Wenigstens die Hauptfarben zu unterscheiden?	—	—	—
4. Abstände mit dem Auge richtig zu schätzen?	—	—	—
5. Undeutlich Geschriebenes richtig zu erkennen und zu deuten?	—	—	—
6. Geschmackvoll räumliche Anordnungen zu treffen?	—	—	—
7. Farben geschmackvoll anzuordnen?	—	—	—
8. Besonders schnell aufzufassen?	—	—	—
9. Logisch zu denken?	—	—	—
10. Die Aufmerksamkeit nicht ablenken zu lassen?	—	—	—
11. Gedächtnismäßig:			
a) zu merken?	—	—	—
b) zu behalten?	—	—	—
Mechanisches Gedächtnis (Zahlen, Namen usw.)?	—	—	—
Logisches Gedächtnis?	—	—	—
12. Sich einzuordnen, mit anderen zusammen zu arbeiten?	—	—	—
13. Zu gehorchen; Anordnungen genau auszuführen?	—	—	—
14. Fremde Arbeit zu beurteilen?	—	—	—
15. Selbständig zu arbeiten?	—	—	—

(Fragebogen der Stadt Berlin-Schöneberg aus: Berufswahl und Berufsberatung.)

Fragebogen.

Aufgestellt 1920 im Auftrage der Berliner Gewerkschaften.

1. Ist der Ratsuchende im allgemeinen besonders kräftig oder besonders schwächlich? Zeigen sich einige Gliedmaßen oder Organe als besonders kräftig, schwächlich? Bei welchen Leistungen zeigt sich dies? Wie ist die Körperhaltung?

2. Bestehen bei dem Ratsuchenden dauernde Spuren von überstandenen Krankheiten oder von Unfällen? Hat der Ratsuchende irgendwelche angeborenen oder erworbenen körperlichen Mängel oder Besonderheiten?
3. Ist das Nervensystem des Ratsuchenden besonders reizbar oder besonders widerstandsfähig?
4. Ist der Ratsuchende leicht anfällig? Reagiert er auffällig leicht auf besondere Umgebungseinflüsse, wie Staub, Temperaturwechsel, verbrauchte Luft, Hitze, Kälte?
5. Besitzt der Ratsuchende irgendwelche Talente (Sonderbegabungen) und Neigungen? Welche? Desgleichen besondere Mängel und Abneigungen?
6. Womit beschäftigt sich der Ratsuchende in seinen Mußestunden, bzw. womit würde er sich, wenn er sich selbst überlassen wäre, vermutlich vorwiegend beschäftigen?
7. Sind die Neigungen des Ratsuchenden von Dauer oder unterliegen sie einem starken Wechsel? Ist der Ratsuchende in dieser Beziehung leicht zu beeinflussen? Wodurch?
8. Hat der Ratsuchende ein stark oder gering entwickeltes Gefühlsleben, d. h. ist er im allgemeinen lebhaft interessiert oder gleichgültig? Bei welchen Gegenstandsgebieten finden sich Ausnahmen?
9. Wie malt sich der Ratsuchende seine Zukunft aus? Ist eine Neigung für einen bestimmten Beruf hervorgetreten? Wie begründet er diese Neigung?
10. Wie sind besonders gute oder besonders schlechte Schulleistungen in einzelnen Fächern zu erklären?
11. Lernt der Ratsuchende im allgemeinen leicht oder schwer? Welche Sachgebiete sind davon ausgenommen?
12. Faßt der Ratsuchende Neues im allgemeinen leicht oder schwer auf? Welche Sachgebiete sind davon ausgenommen?
13. Sind die Leistungen des Ratsuchenden gleichmäßig oder unterliegt die Leistungsfähigkeit starken Schwankungen? Wie sind solche Schwankungen zu erklären?
14. Pflegt der Ratsuchende auch ohne besonderen Antrieb sein Bestes zu leisten oder bedarf er kräftiger Antriebe? Bilden einzelne Sachgebiete Ausnahmen von dieser Regel? Welche Sachgebiete? Gibt er bei Schwierigkeiten seine Bemühungen leicht auf oder sucht er sie beharrlich zu überwinden?
15. Ist der Ratsuchende im allgemeinen mehr geneigt, sorgfältig zu arbeiten oder rasch mit der Arbeit fertig zu werden? Leidet die Sorgfalt durch die Eile?

Besitzt der Ratsuchende mehr Neigung und Eignung:

16. für Umgang mit Personen und Sachen oder für rein gedankliche Betätigung?
17. für Handarbeit oder für Kopfarbeit, und welcher Art?
18. für präzise oder für frei gestaltende Arbeit?
19. für grobe oder für feine Arbeit?
20. für selbständige Arbeit oder für das Befolgen von Arbeitsanweisungen?
21. für langes Ausharren bei einer Arbeit oder für häufiges Wechseln?
22. für eintönige oder für abwechslungsreiche Arbeit?
23. für Konzentration der Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand oder auf einen engen Bereich oder für das Erfassen möglichst vieler Gegenstände?
24. für Einzelarbeit oder für das Sicheinfügen in eine Gruppe von Mitarbeitern?
25. für Alleinsein oder für das Zusammensein mit einem oder mit vielen anderen?
26. für Arbeit und Aufenthalt im geschlossenen Raum oder im Freien?
27. Welche Charaktereigenschaften (Eigentümlichkeiten des sittlichen Verhaltens) sind besonders aufgefallen? (A. Kirch: Die praktische Berufsberatung.)

Zwei Plakate des Frankfurter Berufsamtes in den Vorzimmern der weiblichen Abteilungen.

A.

Was verlangt der Beruf von einer guten Verkäuferin?

1. Einen kräftigen, gesunden Körper. — Viel Stehen, Heben und Tragen. — Gute Nerven.
2. Eine sympathische Erscheinung! Sichtbare körperliche Gebrechen, Verkrüppelungen, Hautausschläge an Gesicht und Händen sind in diesem Beruf hinderlich.
3. Gute Allgemeinbildung und geistige Beweglichkeit. Rasche Anpassung an die Anforderungen der Kundschaft.
4. Guten Geschmack in Kleidung und Haartracht!
5. Freundliches Wesen! Angenehme Umgangsformen, wohlklingende Stimme. — Geduld!
6. Ausreichende Schulreife: Mindestens 1. Klasse einer Volksschule.
7. Gute Schulkenntnisse! Besonders Rechnen und Deutsch. Kenntnis wenigstens einer Fremdsprache ist vorteilhaft.
8. Saubere, deutliche Schrift!
9. Peinliche Gewissenhaftigkeit und Ehrlichkeit.
10. Sittliche Festigkeit, Widerstand gegen Versuchungen im Beruf.

B.

Was verlangt der Beruf von einer tüchtigen Kontoristin?

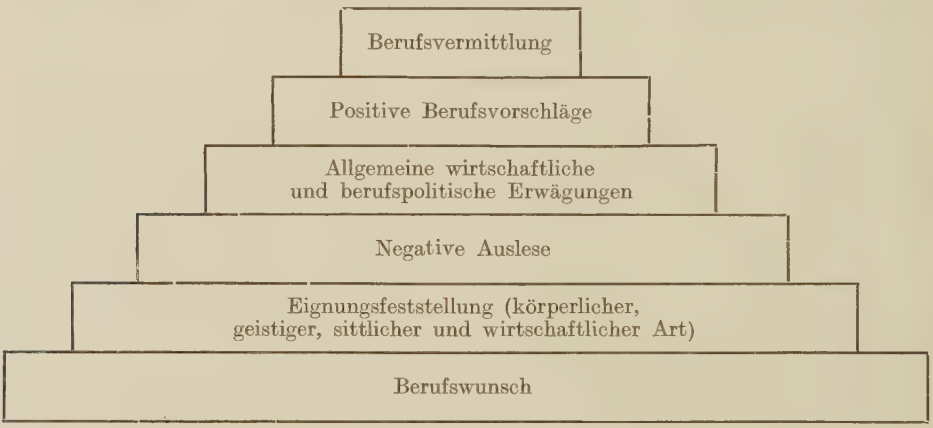
Er verlangt, daß sie

1. gesunde Nerven und Augen hat, nicht blutarm und bleichsüchtig ist und sitzende Tätigkeit in geschlossenem Raum vertragen kann;
2. aufmerksam ist, schnell und richtig auffaßt;
3. sich nicht ablenken läßt, scharf denken und selbständig arbeiten kann;
4. ein gutes Gedächtnis hat;
5. eintönige Arbeit mit gleichbleibender Lust tun kann;
6. mindestens die erste Volksschulklasse durchgemacht hat und dort zu den allerbesten Schülerinnen ihrer Klasse gehört;
7. tadellos richtig schreibt und sicher rechnet;
8. eine klare, schöne Handschrift hat und möglichst viele Fremdsprachen kann;
9. wenigstens die Anfangsgründe von Stenographie und Maschinenschreiben erlernt hat;
10. unermüdlich strebsam ist und mit eisernem Fleiß alle Möglichkeiten zu ihrer beruflichen Weiterbildung benutzt.

Die *eigentliche Berufsberatung* beginnt mit der Übersendung der Fragebogen. Diese Schulfragebogen werden gesichtet, dabei diejenigen Berufsanwärter ausgezogen, deren berufliches Schicksal bereits entschieden ist und auch keiner Nachprüfung mehr bedarf. Die übrigbleibenden Berufsanwärter und deren Eltern werden zur mündlichen Besprechung eingeladen. Diese ist der Ausgang des eigentlichen Beratungsprozesses. Er verläuft meist mündlich, denn schriftliche Fernberatung ist grundsätzlich zu vermeiden, wenn es sich nicht um die Erteilung bloßer Tatsachenauskünfte handelt. Die mündliche Besprechung zwischen dem jugendlichen Berufsanwärter, seinen Eltern und dem Berufsberater vollzieht sich in ähnlicher Weise wie eine ärztliche Konsultation, also in Einzelberatung. In größeren Berufsämtern ist die Gesamtarbeit auf mehrere Berufsberater verteilt, so daß ein Berufsberater eine Berufsgruppe oder einige wenige Berufe zu beherrschen hat. In kleineren Städten ist meist nur ein Berufsberater vorhanden, der vielleicht noch neben- oder ehrenamtlich tätig ist und sich dann mit Sachverständigen berät. Über die Vor- und Nachteile beider Systeme brauchen hier Ausführungen nicht gemacht zu werden. Die erste Anforderung, die an den Berufsberater zu stellen ist, muß sein, daß er jedes Schema und jede Starrheit bei seiner Beratung vermeidet, damit das hohe Ziel der Berufsberatung erreicht wird. Verstößt der Berufsberater gegen diesen Grundsatz, so läuft er Gefahr, daß seine Berufsberatung dem Dilettantismus verfällt, die große Verantwortung untragbar wird und der einzelne Ratsuchende und das Volksganze schweren Schaden erleiden. Ist der Berufswunsch geklärt und geläutert, so folgt die psychotechnische und die ärztliche Untersuchung. Viele Berufsämter haben zu diesem Zwecke eine eigene psychotechnisch-ärztliche Abteilung eingerichtet, andere begnügen sich mit der nebenamtlichen Mitarbeit des Arztes und der Ausbildung eines Berufsberaters auf dem Gebiet der Psychotechnik, so gut es eben geht. Nach Anhörung des Urteils dieser Sachverständigen und eventl. Rückfrage bei der Schule erfolgt der Berufsrat. Dieser kann den Übergang des Jugendlichen in einen praktischen Beruf bedeuten oder in der Empfehlung des Besuches einer Schule oder einer ähnlichen Ausbildungsstätte bestehen, je nachdem, ob es sich um *Berufsberatung* im engeren Sinne oder um *Laufbahnberatung* handelt. Solche Normalfälle, in denen die Berufsberatung sich sehr einfach erledigt, sind in der Minderzahl, und weit häufiger begehren solche Personen Rat, bei denen irgendwelche Schwierigkeiten vorhanden sind. Aber gerade die Dreiviertel- und Halbkräfte, welche erst einen Beruf wählen wollen, wie solche, welche den Beruf wechseln wollen, sind das hauptsächlichste Arbeitsgebiet des Berufsamtes. Gerade sie erfordern die schärfste Gemeinschaftsarbeit des Berufsberaters mit dem Arzt, Psychotechniker, Mitgliedern des Beirates und auch des Arbeitsnachweises.

An die Berufsberatung schließt sich *der Nachweis der Ausbildungsstätten*, der Anlern- und Lehrstellen an. Diese Vermittlung ist ein wichtiger Bestandteil des ganzen Berufsberatungsvorganges, denn ohne diese Vermittlung bleibt der Berufs*rat* wirkungslos. Die allermeisten jungen Menschen, welche das Berufsamt aufsuchen, begreifen unter Berufsberatung in der Hauptsache nur Lehrstellenvermittlung. Für den Nachweis geeigneter Lehrstellen ist ebenfalls Gemeinschaftsarbeit des Berufsberaters mit den in Betracht kommenden Berufskreisen, den gesetzlichen Berufsvertretungen, den wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitgeber- und nehmer, auch des Arztes und Psychotechnikers nötig; denn die Lehrstelle muß vorher sorgfältig geprüft werden, insbesondere auf ihre sittliche und gesundheitliche Eignung für den Berufsanwärter. Das erfordert sehr viel Vorbereitung, Aufklärungsarbeit und persönliche Fühlungnahme — häufig in einem Ausmaß, daß dem Berufsberater vielfach der Aufwand zu dem Ertrag in keinem rechten Verhältnis zu stehen scheint.

An die Lehrstellenvermittlung schließt sich *die nachfolgende Fürsorge* an. Sie bedeutet keine Aufsicht über die Lehrlingshaltung und Berufsausbildung, sondern lediglich eine freundschaftliche aufmerksame Beobachtung des weiteren

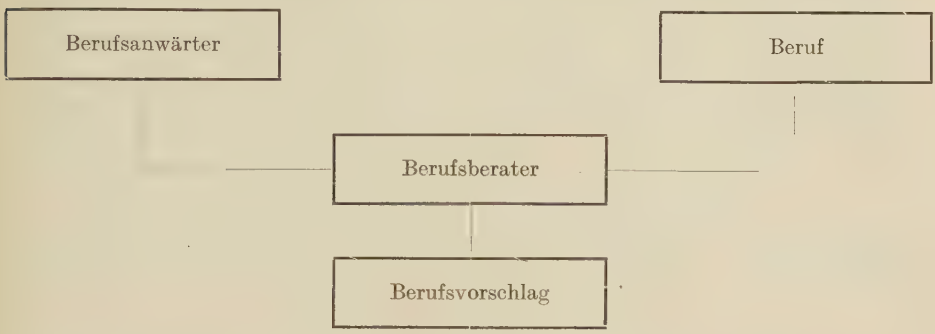


Gang der Berufsberatung. Schema aus Liebenberg: Berufsberatung, Leipzig 1925.

beruflichen Entwicklungsganges des beratenen und vermittelten jungen Menschen, damit das Berufsamt die Auswirkungen seines erteilten Rates nachprüfen und notfalls eingreifen kann, wenn sich nachträglich der Rat als nicht richtig erweist. Auch auf diesem schwierigen Gebiet ist die Gemeinschaftsarbeit mit dem Arbeitgeber und Lehrmeister und ihren gesetzlichen Berufsvertretungen dringend erforderlich.

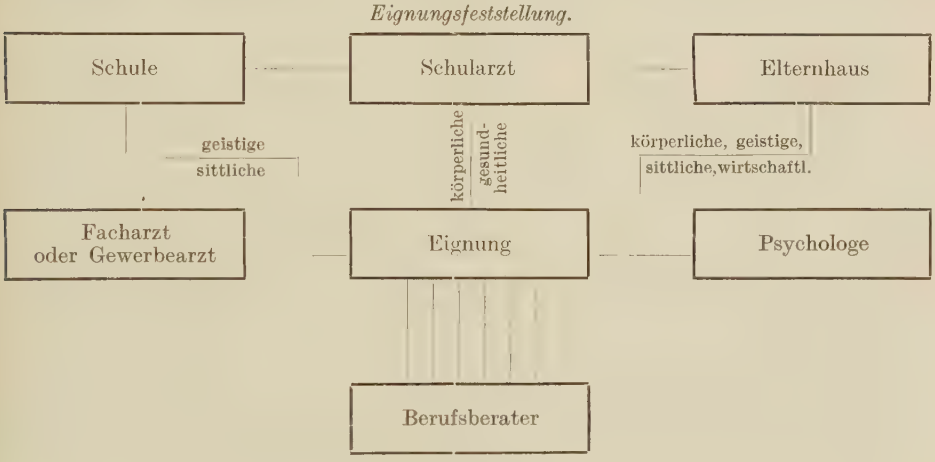
Den Landesberufsämtern sind durch die allgemeinen Bestimmungen feste Aufgaben zugeschrieben worden. Sie erstrecken sich namentlich auf die Mitwirkung bei Einrichtung und Ausbau der Berufsberatungs- und Lehrstellenvermittlung bei dem Reichsarbeitsnachweis des Bezirkes, die Fachaufsicht über die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung bei den Reichsarbeitsnachweisen und im Auftrage des Reichamtes für Arbeitsvermittlung auch über die Einrichtungen der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung außerhalb der Reichsarbeitsnachweise, ferner auf die Beobachtung der Berufsbewegung und des Lehrstellenmarktes, auf die Regelung des zwischenörtlichen Lehrstellenausgleichs, die Sicherstellung der Zusammenarbeit zwischen der öffentlichen Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung einerseits und den beteiligten Kreisen und Stellen andererseits, auf die Fortbildung der Berufsberater, die Sammlung und Bearbei-

tung berufskundlichen Materials sowie seine Nutzbarmachung für die Berufsberatung, auf die Berufsberatung für die Personengruppen, für welche die Be-



Die Tätigkeit des Berufsberaters. Schema nach LIEBENBERG a. a. O.

rufsberatung bei dem Arbeitsnachweis nicht übernommen werden kann oder eine Zersplitterung der Kräfte bedeuten würde, und auf die Anregung der Schaffung von Ausbildungsgelegenheiten in Haushalt, Gewerbe, Handwerk, Handel und Industrie.



Schema nach LIEBENBERG a. a. O.

Der Gang der Berufsberatung, ihre Aufgaben und die Zusammensetzung der an der Eignungsfeststellung beteiligten Faktoren erhellen sehr schön aus 3 von LIEBENBERG aufgestellten Schemata, die dem Leser nicht vorenthalten seien.

3. Aufbau der Beratungsämter und Verzeichnis der Berufsämter.

Um zu zeigen, wie sich ein *Berufsberatungsamt in der Praxis aufbaut*, führen wir den *„Organisationsplan des Berufsamtes der Stadt Berlin“* und die Programme einiger anderer Ämter im Original auf.

Ausschuß für Berufsberatung (Berlin).

A. Beratungsabteilung.

I.	II.	III.	IV.	V.
Gärtnerei, Forst-, Landwirtschaft Fischerei.	Metallgewerbe.	Holz-, Baugewerbe Steinindustrie.	Bekleidungs-, Reinigungsgewerbe, Textil-, Leder-Industrie.	Graphisches Gewerbe, Papierindustrie.

VI.	VII.	VIII.	IX.	X.
Nahrungs-, Genußmittel-, Gastwirtschaftsgewerbe.	Handelsgewerbe.	Behörden.	Berufe mit höherer und Hochschulbildung.	Geistig und körperlich Anormale. Fürsorgebedürftige.

XI.	XII.	XIII.	XIV.
Handelsgewerbe (weiblich).	Handwerk und Gewerbe (weiblich).	Haus- und Landwirtschaft, Kranken- und Kinderpflege.	Frauenberufe mit höherer und Hochschulbildung.

B. Außendienst-Abteilung.

I.	II.	III.
Stellenbeschaffung.	Verkehr mit den Schulen.	Verkehr mit den Berufsschulen.

C. Literarisch-statistische Abteilung.

I.	II.
Bücherei und Archiv.	Statistik.

D. Psychologisch-medizinische Abteilung.

I.	II.
Psychologische Prüfungen.	Ärztlicher Befund.

E. Verwaltungsbureau.

I.	II.	III.
Verwaltung.	Kasse.	Kanzlei.

F. Abfertigung.

Ein Zeitplan für Berufsberatung.

Aufgestellt von der Berufsberatung des Pommerschen Landesarbeits- und Berufsamtes.

(Arbeit u. Beruf 3. Jg., Nr. 22.)

I. April—Mai.

a) Einberufung des Beirats zur Berichterstattung über die verflossene Beratungsperiode und zur Besprechung fördernder Maßnahmen unter Zugrundelegung der gemachten Erfahrungen.

b) Nachprüfung der auf dem Lande untergebrachten Jugendlichen.

c) Fühlungnahme mit dem Jugendamt, um auf besonders fürsorgebedürftige Jugendliche aus der letzten Beratungsperiode hinzuweisen.

d) Besichtigung von Werkstätten und Fachschulen durch die Berufsberater zur Erweiterung ihrer berufskundlichen Kenntnisse und zwecks Fühlungnahme mit Arbeitgebern.

e) Nachprüfung und Ergänzung des berufskundlichen Materials des Berufsamtes.

f) Vereinbarung berufskundlicher Führungen der Schüler und Schülerinnen mit den Schulen.

II. Juni—Juli.

a) Besprechung mit der Berufsschule wegen Berufsberatung der zu Ostern Schulentlassenen.

b) Nachprüfung der zu Ostern untergebrachten Jugendlichen.

c) Anfrage an alle Schulen des Bezirks, wieviel Schüler und Schülerinnen nächsten Ostern zur Entlassung kommen.

d) Beginn der Führungen der im nächsten Jahre zur Entlassung kommenden Schüler und Schülerinnen durch gewerbliche Betriebe.

e) Vereinbarungen mit den Innungsobermeistern und den Lehrherren in Industrie und Handel wegen rechtzeitiger Anmeldung der Lehrstellen bei dem Berufsamt.

f) Vorbereitung des Jahresberichtes.

g) Fortsetzung der Arbeiten unter 1b, d, e.

III. August—September.

a) Mitteilung über die in Aussicht genommenen Veranstaltungen zur Vorbereitung der Berufswahl an das Landesarbeits- und Berufsamt.

b) Fortsetzung der Schülerführungen durch gewerbliche Betriebe.

c) Rücksprache mit der Lehrerschaft wegen sachgemäßer Ausfüllung der Fragebogen und Veranstaltung von Elternabenden.

d) Rücksprache mit dem Schul- bzw. Kreis- oder Stadtarzt wegen der vorzunehmenden Untersuchungen der zur Entlassung kommenden Kinder.

e) Fühlungnahme mit den höheren Schulen, um festzustellen, welche Schüler und Schülerinnen dieser Anstalten sich vom Berufsamt beraten lassen wollen.

f) Propagandaschreiben an alle Gewerbetreibenden wegen Anmeldung offener Lehr- und Anlernstellen.

g) Bis zum 15. August Absendung des statistischen Berichts an das Landesarbeits- und Berufsamt.

h) Erteilung berufskundlicher Unterrichtsstunden in den Schulen.

i) Verteilung von Merkblättern über Berufswahl in den Schulen.

k) Versorgung der Presse mit Artikeln, in denen auf die Bedeutung der Berufswahl und die Tätigkeit des Berufsamtes hingewiesen wird.

l) Propagandavorträge bei den Innungen und anderen Arbeitgeberorganisationen.

IV. Oktober.

a) Die Schulfragebogen werden durch Schüler, Lehrer und Arzt ausgefüllt und dem Berufsamt zurückgestellt.

b) In der Presse wird eine Zusammenstellung über die Berufswünsche der Schüler und Schülerinnen veröffentlicht mit dem Hinweis auf die Folgen falscher Berufswahl; an Hand der festgestellten Berufswünsche auf Einzelheiten eingehen. Abdruck wird an das Landesberufsamt eingesandt. Nach Möglichkeit wird jedem Schüler und jeder Schülerin ein Bürstenabzug dieser Veröffentlichung für die Eltern mit nach Hause gegeben.

c) Den Innungen wird mitgeteilt, wieviel Schüler und Schülerinnen eine Lehrstelle in dem betreffenden Berufsgebiet annehmen wollen und nochmals um Anmeldung offener Lehrstellen gebeten.

d) Veranstaltung von Elternabenden mit Referat: „Welche Gesichtspunkte sind bei der Berufswahl zu berücksichtigen?“ Einladung auch in der Presse veröffentlichen.

e) Fortsetzung und Schluß der berufskundlichen Unterrichtsstunden in den Schulen.

f) An die Presse Artikel schreiben, in denen die den Eltern gegebenen Mahnungen wiederholt werden.

g) Besprechung mit den ländlichen Vertrauenspersonen über die Erfahrungen der praktischen Arbeit und Werbung und Prüfung von Lehr- und Arbeitsstellen auf dem Lande.

V. November—Dezember.

a) Veranstaltung weiterer Elternabende.

b) Prüfung der gemeldeten Lehr- und Arbeitsstellen. Hierzu Fühlungnahme mit Berufsschule, Gewerbeaufsicht und Berufsorganisation.

c) Einladung zum Besuch des Berufsamtes in der Presse unter Angabe der Sprechstunden.

d) Weitere Pressenotizen über die Tätigkeit des Berufsamtes.

VI. Januar—März.

a) Einschränkung der Außenarbeit, wenn irgendmöglich Erweiterung der Beratungsstunden auf den Nachmittag und Abend.

b) Rückfrage bei der Schule nach solchen Schülern, die das Berufsamt noch nicht aufgesucht haben, aber nach Ansicht der Schule eine Beratung besonders dringend brauchen.

c) In der Presse und bei den Berufsorganisationen nochmals um Anmeldung offener Lehr- und Anfangsstellen ersuchen.

d) Fühlungnahme mit dem Berufsvormund, dem Wohlfahrtsamt und Gewerbeaufsicht wegen Unterbringung gefährdeter Jugendlicher.

Praktischer Gang der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung.

Muster eines vom Verband Märkischer Arbeitsnachweise für die Beratungsstellen mittlerer und kleiner Städte aufgestellten *Terminkalenders*, worin entsprechend den beiden Schulentlassungsterminen die wichtigsten Maßnahmen angegeben sind:

Anfang November (Anfang Mai).

1. Die Schulleiter werden von der Beratungsstelle gebeten, die Zahl der Ostern (Michaelis) aus der Schule zur Entlassung Kommenden mitzuteilen.

Mitte November (Mitte Mai).

2. Den Schulleitern werden in erforderlicher Anzahl Anmeldekarten übersandt.

3. Vor der Ausfüllung ist in einer Deutschstunde die Bedeutung und der Wert eines gelernten Berufes zu besprechen; zugleich ist die örtliche Berufsberatungs- und Vermittlungsstelle zu empfehlen.

4. Die Lehrer werden gebeten, die sorgfältige Ausfüllung der Anmeldekarten zu überwachen und sodann den Kindern ein Merkblatt über die Berufswahl auszuhändigen.

5. Die Anmeldekarten sind darauf an die Berufsberatungsstelle ausgefüllt zurückzugeben.

6. Die Handwerksmeister und Kaufleute des Ortes werden formularmäßig gebeten, ihren Bedarf an Lehrlingen anzugeben. Zu diesem Zweck erhalten auch die Obermeister der Innungen entsprechende Formulare zur Verteilung an die einzelnen Mitglieder.

Ende November (Ende Mai).

7. Die Berufsberatungsstelle veranstaltet einen Elternabend, zu welchem die Eltern der Schulentlassenen, die Handwerksmeister und Kaufleute eingeladen werden. Im Mittelpunkt steht ein Vortrag über die Bedeutung der Berufswahl, in dem auch die Inanspruchnahme der örtlichen Beratungsstelle empfohlen wird. Im Anschluß daran ist eine Aussprache zwischen Eltern und Lehrherren anzustreben über die Anforderungen und Aussichten der verschiedenen Berufe. Zum Schluß erfolgt die Verteilung eines Merkblattes über die Bedeutung der Berufswahl.

Ende November bis Ende März (Ende Mai bis Ende September).

8. Entsprechend dem Bedürfnis erfolgt je nachdem täglich ein oder mehrere Male wöchentlich an einem geeigneten Ort, z. B. im Jugendheim oder in einer Schulklasse, zur bestimmten Zeit die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung.

9. Zur Inanspruchnahme der Beratung sind die Eltern einzuladen.

10. Nach erfolgter eingehender Rücksprache werden den Eltern freie Lehrstellen namhaft gemacht.

11. Zur Kontrolle wird bei den Lehrherren angefragt, ob der Lehrling angenommen ist.

(Dr. Ernst Bernhard: „Organisation und Tätigkeit der Berufsberatungsstellen“ aus: Berufswahl und Berufsberatung.)

Verzeichnis der deutschen Landesberufsämter und der örtlichen öffentlichen Berufsämter.

(Sofern bei den einzelnen Orten nichts Besonderes vermerkt ist, erstreckt sich die Berufsberatung auf männliche *und* weibliche Personen. Anderenfalls ist durch ein m oder w neben dem Ortsnamen angezeigt, daß nur männliche oder nur weibliche Ratsuchende beraten werden.)

Ostpreußisches Landesarbeitsamt (Landesamt für Arbeitsvermittlung), Abteilung: Provinzialberufsamt Königsberg i. Pr., Heumarkt 4, I.

Örtliche Berufsämter in:

Allenstein	Lyck	Stallupönen
Elbing	Marienburg i. W.	Tilsit
Pr.-Eylau (m)	Mohrungen	Wehlau
Gerdauen (m)	Osterode St.	Pilkallen
Gumbinnen	Osterode L. (m)	Rosenberg
Königsberg	Rastenburg L.	

Pommersches Landesarbeits- und Berufsamt Stettin, Bürobaracke, Bismarckbaracke, Bismarckstraße.

Örtliche Berufsämter in:

Demmin (m)	Lauenburg	Stolp St. (m)
Greifenhagen	Pollnow (m)	Stolp L.
Kolberg (m)	Rummelsburg (m)	Stralsund
Köslin (m)	Stettin	Randow (m)

Landesarbeitsamt Grenzmark (Landesamt für Arbeitsvermittlung), Obrawalde b. Meseritz, Landeshauptverwaltung.

Örtliche Berufsämter in:

Meseritz	Schönlanke	Schlochau

Schlesisches Landesarbeitsamt (Landesamt für Arbeitsvermittlung), Abteilung: Provinzialberufsamt, Breslau, Gartenstraße 74.

Örtliche Berufsämter in:

Beuthen O.-S.	Hirschberg	Oels L.
Bolkenhain	Hoyerswerda	Ohlau
Breslau St.	Jauer (m)	Oppeln St.
Breslau L.	Kreuzburg O.-S.	Oppeln L.
Brieg St.	Landeshut	Ratibor (m)
Brieg L.	Lauban	Reichenbach
Bunzlau	Leobschütz	Rothenburg
Cosel O.-S. (m)	Liegnitz St.	Sagan
Glatz	Liegnitz L.	Schönau (m)
Gleiwitz O.-S. St.	Löwenberg (m)	Schweidnitz St. (m)
Gleiwitz O.-S. L.	Lüben	Schweidnitz L.
Glogau St.	Militsch (m)	Steinau (m)
Glogau L.	Münsterberg	Strehlen
Goldberg (m)	Namslau	Striegau (m)
Görlitz	Neiße L. (m)	Trebnitz
Grottkau	Neiße St.	Waldenburg
Grünberg (m)	Neumarkt	Gr.-Wartenberg
Guhrau (m)	Neurode	Wohlau
Habelschwerdt	Neustadt O.-S.	
Hindenburg	Oels St.	

Brandenburgisches Landesarbeitsamt (Landesamt für Arbeitsvermittlung), Abteilung: Berufsberatung, Berlin W 10, Königin-Augusta-Straße 19.

Örtliche Berufsämter in:

Crossen (m)	Luckenwalde	Berlin, Brandenburg. Hauptfürsorgestelle für Kriegsbeschädigte und Hinterbliebene (m)
Cüstrin	Nowawes	
Eberswalde	Perleberg	
Forst (Lausitz)	Potsdam	
Frankfurt a. O.	Nauen	Kyritz
Freienwalde (m)	Rathenow L.	Prenzlau, Örtliche Fürsorgestelle für Kriegsbeschädigte und Hinterbliebene (m)
Friedberg N.-M.	Reppen	
Guben	Seelow (m)	
Jüterbog	Sommerfeld	
Königsberg N.-M.	Templin	Teltow (m)
Landsberg a. W. L.	Wittenberg	Heimkehrlager Zossen und Wünsdorf (m)
Landsberg a. W. St.	Zielenzig (m)	

Landesarbeitsamt Berlin (Landesamt für Arbeitsvermittlung), Abteilung: Landesberufsamt, Berlin SW 19, Niederwallstraße 12.

Örtliche Berufsämter in:

Berlin-Mitte umfaßt die Verwaltungsbezirke Berlin-Mitte, Prenzlauer Berg, Weißensee.

Berlin-Ost umfaßt die Verwaltungsbezirke Friedrichhain, Lichtenberg, Treptow, Köpenick.

Berlin-Süd umfaßt die Verwaltungsbezirke Neukölln, Kreuzberg, Tempelhof.

Berlin-Südwest umfaßt die Verwaltungsbezirke Schöneberg, Wilmersdorf, Steglitz, Zehlendorf.

Berlin-West umfaßt die Verwaltungsbezirke Tiergarten, Charlottenburg, Spandau.

Berlin-Nord umfaßt die Verwaltungsbezirke Wedding, Pankow, Reinickendorf.

Ferner sind im Landesberufsamt selbst noch folgende Beratungsstellen für Sondergruppen von Ratsuchenden aus allen Berliner Verwaltungsbezirken vorhanden:

a) für akademische Berufe und Schüler und Schülerinnen der Oberstufe neunstufiger höherer Lehranstalten (von Obersekunda aufwärts);

b) für erwerbsbehinderte und fürsorgebedürftige Jugendliche;

c) für erwerbsbeschränkte erwachsene Personen und für entlassene Strafgefangene, Berufsberatung einschließlich Berufsumleitung.

Landesarbeitsamt Sachsen-Anhalt, Abteilung: Landesberufsamt, Magdeburg, Tränsberg 21/22.

Örtliche Berufsämter in:

Aschersleben	Coswig (m)	Dessau
Bernburg	Cöthen	Eilenburg (m)
Burg	Delitzsch	Eisleben

Elsterwerda	Nauenburg a. S.	Stendal (m)
Erfurt	Nordhausen	Suhl (m)
Genthin	Oschersleben (m)	Thale
Halberstadt	Quedlinburg St.	Torgau
Halle	Querfurt (m)	Weißenfels (m)
Heiligenstadt (m)	Roßlau (m)	Wernigerode (m)
Langensalza	Salzwedel	Wittenberg
Magdeburg	Sangerhausen (m)	Zeitz
Mansfeld	Schkeuditz	Zerbst
Merseburg (m)	Schönebeck (Elbe)	
Mühlhausen	Staßfurt	

Landesarbeitsamt Schleswig-Holstein (Landesamt für Arbeitsvermittlung), Abteilung: Landesberufsamt, Kiel, Gartenstraße 6a.

Örtliche Berufsämter in:

Altona	Heide St. (m)	Rendsburg (m)
Altrahlstedt	Husum (m)	Schiffbeck
Ahrensburg (m)	Kiel	Schleswig (w)
Elmshorn (m)	Neumünster	Segeberg (m)
Flensburg	Oldesloe	Wandsbeck
Heide L. (m)	Reinfeld	

Landesarbeitsamt Niedersachsen, Abteilung: Landesberufsamt, Hannover, Hildesheimer Straße 22.

Örtliche Berufsämter in:

Alfeld (m)	Göttingen	Münden (Hann.)
Aurich	Gronau (m)	Neustadt a. Rbg.
Blankenburg (m)	Hameln	Nordhorn
Bleckede (m)	Hannover	Osnabrück
Braunschweig	Harburg	Peine (m)
Bremervörde	Helmstedt	Rinteln
Burgdorf	Holzminden (m)	Soltau (Hann.-M.)
Celle	Iburg	Stolzenau (Weser) (m)
Dannenberg (m)	Ilfeld (m)	Ülzen
Duderstadt (m)	Jork (m)	Waldhöfe
Einbeck (m)	Lur	Wilhelmsburg
Emden	Lingen	Winsen
Freiburg a. Elbe (w)	Lüchow	Wittlage
Goslar	Lüneburg	Wolfenbüttel

Landesarbeitsamt Westfalen und Lippe, Abteilung: Landesberufsamt, Münster i. W., Warendorfer Straße 25.

Örtliche Berufsämter in:

Ahlen	Gütersloh	Paderborn
Altena	Hagen i. W.	Recklinghausen St.
Arnsberg	Hemer (m)	Recklinghausen Amt
Bocholt	Herford	Rheine
Bochum St.	Herne	Schötmar
Bochum L.	Hohenlimburg	Schwerte
Bottrop	Hörde	Siegen i. W.
Buer i. W.	Iserlohn	Soest (m)
Detmold	Kamen	Waltrop (w)
Dortmund	Lemgo	Wanne
Eickel	Lüdenscheid	Wattenscheid St.
Gelsenkirchen	Minden	Wattenscheid Amt
Gebelsberg i. W.	Münster (m)	Witten
Gladbeck	Bad Oeynhausen	

Landesarbeits- und Berufsamt Rheinprovinz, Düsseldorf, Ständehaus.

Örtliche Berufsämter in:

Aachen St.	Duisburg (w)	Elberfeld
Altenkirchen (m)	Düsseldorf St.	Essen
Barmen	Düsseldorf L.	Gummersbach
Bonn St.	Dülken (m)	Hamborn

Köln St.	Remscheid	Trier
Kempen (Rhl.)	Rheydt	Velbert
Moers	Sterkrade (m)	Vohwinkel
Neuß	Stolberg (Rhl.) (m)	Wülfrath
Neuwied (m)	Oberhausen	

Landesamt für Arbeitsvermittlung in Hessen, Hessen-Nassau und Waldeck, Abteilung: Berufsberatung, Frankfurt a. M., Heiligkreuzgasse 17.

Örtliche Berufsämter in:

Bensheim	Friedberg (m)	Montabaur
Bingen (m)	Fulda St. und Kreis	Nauheim (m)
Cassel	Hanau (m)	Offenbach
Corbach	Hanau L. (m)	Wiesbaden
Darmstadt	Homburg v. d. H. (m)	Worms
Eschwege (m)	Limburg	
Frankfurt a. M.	Mainz	

Bayrisches Landesamt für Arbeitsvermittlung, Abteilung: Berufsberatung, München, Mercystraße 2, I.

Örtliche Berufsämter in:

Ansbach	Fürth	Rosenheim
Augsburg	Gerolzhofen	Schneittbach
Amberg	Hof	Schönwald
Aschaffenburg	Ingolstadt (m)	Schwabach
Augsburg Kreishpt., Fürsorgestelle für Kriegsbeschädigte und Hinterbliebene	Kaiserslautern	Schwandorf
	Kaufbeuren	Schweinfurt
	Kempten	Selb
	Landshut (m)	Straubing
	München	Starnberg
Bamberg	Neustadt (Haardt) (m)	Uffenheim
Bogen	Neu-Ulm	Wasserburg (m)
Cham (m)	Nürnberg	Weißenburg i. B.
Coburg	Pirmasens	Wolfratshausen
Dinkelsbühl	Regensburg	Weiden
Erlangen	Roth	Zusmarshausen
Freising	Rothenburg a. T.	

Sächsisches Landesamt für Arbeitsvermittlung, Abteilung: Berufsberatung, Dresden, Kanzleigäßchen 1.

Örtliche Berufsämter in:

Annaberg	Freiberg	Meißen
Aue	Freital	Öderan
Auerbach (m)	Glauchau	Oelsnitz
Bennewitz	Hellerau	Pirna
Bischofswerda	Kötzschenbroda	Plauen
Borna	Kamenz	Radebeul
Chemnitz St.	Leipzig	Reichenbach i. V.
Chemnitz L. (m)	Lichtenstein-Callnberg	Schwarzenberg
Cossebaude (m)		Waldheim
Döbeln	Löbau (m)	Zwickau
Dresden	Leuben	Zittau
Eibenstock	Leisnig	

Württembergisches Landesamt für Arbeitsvermittlung, Abteilung: Berufsberatung, Stuttgart, Neckarstraße 40.

Örtliche Berufsämter in:

Göppingen	Heilbronn	Stuttgart

Nur Lehrstellenvermittlung:

Aalen	Crailsheim (m)	Geislingen (m)
Backnang (m)	Feuerbach	Gmünd
Biberach	Eßlingen	Hall (m)
Böblingen (m)	Ebingen	Heidenheim
Calw	Friedrichshafen	Ludwigsburg (m)

Mühlacker (m)	Rottweil	Ulm a. D.
Oberndorf	Schorndorf (m)	Vaihingen (m)
Ravensburg	Schwenningen (m)	Wangen (m)
Reutlingen	Tuttlingen (m)	Zuffenhausen
Rottenburg (w)	Tübingen	

Badisches Landesamt für Arbeitsvermittlung, Karlsruhe i. B., Schloßplatz 20.

Örtliche Berufsämter in:

Freiburg	Karlsruhe, Hauptfürsorgestelle für Kriegsbeschädigte	Mannheim, Zweigstelle
Heidelberg		Pforzheim

Thüringisches Landesamt für Arbeitsvermittlung, Abteilung: Berufsberatung, Weimar, Kohlstraße 12.

Örtliche Berufsämter in:

Altenburg	Gera	Saalfeld a. S.
Arnstadt	Greiz	Schmölln
Eisenach	Jena (w)	Weimar
Eisenberg	Meiningen	

Hamburgisches Landesamt für Arbeitsvermittlung, Abteilung: Berufsberatung, Hamburg, Große Bleichen 23—27.

Örtliche Berufsämter in:

Cuxhaven	Hamburg	Bergedorf-Saude

Landesarbeitsamt Bremen, Abteilung: Berufsberatung, Bremen, Langenstraße 132.

Örtliche Berufsämter in:

Bremen

Nebenstelle des Landesarbeitsamts Mecklenburg-Lübeck, Abteilung: Berufsberatung, Lübeck, Untertrave 104.

Örtliche Berufsämter in:

Lübeck

Landesarbeitsamt Mecklenburg-Lübeck, Schwerin i. M., Königstr. 19.

Örtliche Berufsämter in:

Lübz i. M. (m)

4. Berufskundliche Unterlagen für die Berufsberatung.

Eine wesentliche Aufgabe der Landesberufsämter ist, dem Mangel an geeignetem berufskundlichen Material abzuhelfen. Zu diesem Zwecke legen die Berufsämter für jede Berufsart eine *Berufsmappe* an und tragen in diese die jeweiligen Erfahrungen ein. Bei der Sammlung berufskundlichen Materials haben sich besonders die Landesberufsämter Sachsen-Anhalt und Magdeburg hervorgetan und „berufskundliche Unterlagen für die Berufsberatung" geschaffen. Augenblicklich sind die Reichsarbeitsverwaltung, die Landesberufsämter und die größeren städtischen Berufsämter bei einer Neubearbeitung des berufskundlichen Materials. Zur Erläuterung der Gesichtspunkte, nach denen die Zusammenstellung dieser Unterlagen erfolgt, sei das von Liebenberg mitgeteilte Anhaltische Beispiel hier wiedergeben.

Berufsgruppe: (Name)

Berufsart: (Name)

Erläuterungen: Berufsgruppeneinteilung nach der Berufsberatungsstatistik. Gebräuchlichste Bezeichnung, ferner schriftdeutsche und mundartliche Benennungen im deutschen Sprachgebiet.

I. Wesen des Berufs.

1. Entwicklung und volkswirtschaftliche Bedeutung: z. B. Entwicklung nur, soweit zum Verständnis der Gegenwart erforderlich; Beziehungen zu anderen Berufen, Haupt-, Neben-, Doppelberufe (z. B. Maurer — Hausschlächter), verwandte Berufsarten (z. B.

Bäcker, Konditor usw.), Berufsziffer, wirtschaftsgeographische Verbreitung und Verteilung (Standort), Stellung in der Volkswirtschaft (u. a. Betriebs- und Unternehmungsformen).

2. Arbeitsbeschreibung: z. B. Arbeitsaufgabe, Arbeitsgang, Arbeitsteilung, *Tätigkeit* und Arbeitsweise, gebrauchtes Werkzeug, Arbeitsmaterial, Maschinen, Erzeugnisse, *Eigenart* der Arbeit (Kopfarbeit, Handarbeit, Inanspruchnahme des ganzen Körpers oder einzelner Organe) und Umgebung (Arbeit in geschlossenen Räumen, im Freien, unter Tage, Nachtarbeit, Gruppen- oder Einzelarbeit), Heimarbeit, Saisongewerbe, Frauenarbeit, Kinderarbeit. *Berufsgefahren* (Berufskrankheiten): Gesundheitliche und sittliche Gefahren, körperlich-geistige Veränderungen durch die Arbeit, Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern, Schutzmaßnahmen und Vorsichtsmaßregeln, Arbeiterschutz.

II. Körperliche und geistige Anforderungen.

1. Unbedingt erforderliche Eigenschaften: Eigenschaften, ohne welche die Ausübung des betreffenden Berufs unmöglich erscheint.

2. Besondere fördernde Eigenschaften.

3. Ausschließende oder hindernde Eigenschaften.

4. *Nicht*ausschließende Eigenschaften oder Gebrechen: z. B. von Kriegsbeschädigten, Krüppeln usw.

III. Ausbildung.

1. Schulbildung: z. B. übliche Schulbildung, unbedingt erforderliches Mindestmaß, bevorzugte Schulbildung, sonstige besondere Vorkenntnisse und Fertigkeiten. (Anordnung des Stoffes nach „Ländern".)

2. Ausbildungsgang: z. B. Aufnahmebedingungen (u. a. auch sonstige theoretische und praktische Vorbildung), Grenzalter (Alter bei Beginn der Ausbildung), Dauer der Ausbildung, normale Ausbildung, Prüfungen, Prüfungsbestimmungen, *Notwege*, zweckmäßige Ausbildungsstätte, Besuch von Fachschulen.

Kosten: Lehrgeld bzw. Lehrlingsentschädigung, Taschengeld, Verdienstmöglichkeiten, Werkzeug (Ausrüstung), Bücher und sonstige Lehrmittel (Instrumente, Apparate usw.), Lebensunterhalt (Kost und Wohnung, Kleidung, Wäsche usw.), Gebühren aller Art.

Für akademische Berufe insbesondere: Praktische Ausbildung oder Volontärtätigkeit, Hochschulbildung, Vorbereitungsdienst, Anstellungsprüfung oder Befähigungsnachweis. (Anordnung des Stoffes nach „Ländern".)

3. Fortbildung: z. B. Besuch von Fachschulen, Ausbildungsanstalten, Kursen usw., Selbstfortbildung.

Kosten der Weiterbildung.

Für akademische Berufe insbesondere: Sonderausbildung für einzelne Fächer.

4. Fachschulen: Nur Anschriften und Termine (Dauer, Aufnahmetermine). (Nach „Ländern" geordnet.)

IV. Wirtschaftlich-soziale Verhältnisse.

a) Inland:

1. Arbeitsbedingungen: z. B. Einstellungsbedingungen, Arbeitsvertrag, Arbeiterschutz, Arbeitszeit, Heimarbeit, Saisongewerbe, Urlaub (Erholungsheime), Kündigungsfrist, Grenzalter; Lohn (Zeit- und Akkordlohn) bzw. Gehalt oder Einkommen, Nebeneinkünfte, Bar- oder Naturalentschädigung, Werkwohnung, Dienstwohnung, Familienanschluß, Sozialfürsorge (Versicherungen), Ruhegehaltsberechtigung, sonstige Altersversorgung, tarifliche Regelung.

2. Berufswege: z. B. *Stellungen im Beruf*, auch Durchgangsstellungen, *Aufstieg* (Laufbahn), private oder amtliche Stellung, abhängig oder selbständig, Selbständigmachung, berufliche und örtliche Gebundenheit oder Freizügigkeit, Berufswechsel.

Übergangsmöglichkeiten: Ersatzberufe, Nebenberufe; *Notwege*: Altersaussichten (Beschäftigungsmöglichkeiten im höheren Alter).

3. Arbeitsmarkt: z. B. allgemeine wirtschaftliche Lage und Aussichten des Berufs, auch für die verschiedenen Stellungen, bezirkliche Verschiedenheiten;

insbesondere: Momente, die auf die Gestaltung des Arbeitsmarktes nachhaltigen Einfluß haben können (technische und wissenschaftliche Fortschritte, umwälzende Erfindungen, in Aussicht genommene Projekte (z. B. Mittellandkanal: für das Baugewerbe; Elektrisierung der Eisenbahn usw.), kultur-, wirtschafts- und berufspolitische Maßnahmen (z. B. Lehrlingshöchstzahlen) usw.

Für akademische Berufe insbesondere: Zugang von Berufsanwärtern (Studierenden und Praktikantenzahlen), Verhältnis von Angebot und Nachfrage, numerus clausus.

4. Organisationen: Nur Reichs- und Landesorganisationen (Arbeitsgemeinschaften, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, auch sonstige Fachvereine und Auskunftsstellen). (Anordnung: Arbeitsgemeinschaften, Arbeitgeber-, Arbeitnehmerorganisationen, sonstige Organisationen.)

5. Tarife und sonstige Regelungen: Nur reichs- und landesgültige Tarife und Regelungen.
b) Ausland: z. B. Verwendungsmöglichkeiten im Ausland, Auslandsstellungen.

V. Literatur.

1. Fachzeitschriften: Titel, Verlag, Herausgeber (auch Angabe der betreffenden herausgebenden Organisationen), Erscheinungsort.
2. Sonstige Literatur: z. B. Bücher, Schriften oder Teildarstellungen in solchen; Titel, Verlag, Erscheinungsort und -jahr.

Das auf den ersten Blick recht umständlich und trocken erscheinende Schema wird jedoch lebendig und anschaulich, sobald man es für einen Beruf wirklich anwendet.

Beispiel: Kupferschmied.

I. Wesen des Berufs.

1. Entwicklung und volkswirtschaftliche Bedeutung.

Mit Kupferschmieden sind vielfach Apparatebauanstalten verbunden, häufig auch Metallgießereien und Installationsbetriebe oder der Bau von Zentralheizungsanlagen. Nach der gewerblichen Betriebsstatistik des Deutschen Reiches vom Jahre 1907 waren 2619 selbständige Kupferschmiedebetriebe vorhanden, bei denen 11097 Kupferschmiedegesellen (gegenüber 214492 Grob- [Huf-] Schmieden) beschäftigt waren. Wieviel Kupferschmiede außerdem noch in anderen Betrieben (Maschinen-, Lokomotiv-, Zucker- und chemischen Fabriken) arbeiten, geht aus der Statistik nicht hervor.

Die Kupferschmiederei stellt wegen ihrer außerordentlichen Vielseitigkeit und wegen zahlreicher Auslandslieferungen und Montagearbeiten im Ausland einen volkswirtschaftlich wichtigen und dabei interessanten Beruf dar.

2. Arbeitsbeschreibung.

Der Kupferschmied erhält das Kupfer in Form von dünnen Platten (Blechen), Stäben, Drähten und Röhren zur Bearbeitung. Neben Kupfer verarbeitet er auch Messing (Kupfer-Zink-Legierung), Aluminium, Nickel, Zinn, Blei und Eisen. Hier soll nur auf die Haupttätigkeit, die Kupferverarbeitung, näher eingegangen werden. Sie erfolgt meistens ohne vorherige Erhitzung, also auf kaltem Wege. *Gefäßherstellung:* Auf dem „Polterklotz", einem Eisen- oder meist Holzblock, der am Rande erhöht und in der Mitte vertieft ist, wird das Kupferblech von der Mitte aus zum Rande hin gehämmert, wobei es sich nach unten ausbiegt. Dadurch entsteht ein Teller, ein tiefer Kopf oder Kessel und schließlich eine Kanne oder ähnliches. Der Kupferschmied stellt auf diese Weise jede gewünschte Form her. Das Biegen von Röhren geschieht mit der Hand oder besonderen Biegemaschinen, nachdem die Röhren zuvor mit flüssigem Harz gefüllt worden sind. Ist die gewünschte Form erreicht, wird die Füllung wieder ausgeschmolzen. *Das Verbinden getrennter Teile* erfolgt durch Nieten, Falzen, Verschrauben, Weich- oder Hartlöten, Schweißen. Die ersteren drei Tätigkeiten sind denen des Schlossers und Grobschmiedes, das Weichlöten der des Klempners ähnlich. Das Hartlöten erfordert viel Erfahrung sowie Sorgfalt und Aufmerksamkeit; es wird neuerdings vielfach durch das *autogene Schweißen* ersetzt. In dem letzteren muß namentlich der im Apparatebau beschäftigte Kupferschmied sich ganz besondere Fertigkeit aneignen. Kochgeschirre und Apparateteile werden häufig verzinnt.

Viele vom Kupferschmied hergestellte Gegenstände sind *kunstgewerblicher* Natur. Diese werden poliert, gescheuert, oder durch Abhämmern mit polierten Hämmern (Bosseln), durch Ziselieren, Gravieren, Metallfärbungen, Einlassen von Emaille besonders verziert.

Kupfer ist für die verschiedensten Zwecke verwendbar, z. B. im Haushalt (Kannen, Kessel, Kochgeschirre), zu Prunkzwecken (Tabletts, Schmuckbecher u. dgl.), zum Decken größerer Gebäude und Türme, zur Herstellung von Apparaten in Gewerbe und Industrie, für letztere besonders deshalb, weil es gegen Nässe und Säuren sehr widerstandsfähig ist. Man baut aus Kupfer Dampfkochkessel, Unterwasseranlagen, Apparaturen für die Nahrungs- und Genußmittel-, Brennerei-, Brauerei-, Zucker-, Textil- und chemische Industrie. Ferner werden aus Kupfer Anlagen für die Kalt- und Warmwasserversorgung, einzelne Teile für Lokomotiven und sonstige Dampfmaschinen hergestellt. *Werkzeuge* sind in großer Zahl erforderlich: Hämmer in verschiedenen Spielarten, vom großen Schmiedehammer bis zum zierlichen Bossierhammer. Daneben Holzhämmer, Feilkolben, Schraubzwingen, Zangen, Feilen verschiedener Art, Gewindeschneidkluppen, Rohrabschneider, Schraubstöcke und Ambosse verschiedener Art und Größe und anderes mehr. Meist Kleinwerkzeuge, zu deren Beschaffung (bei Selbständigmachen) kein größeres Kapital erforderlich ist. Die Vielseitigkeit des Berufes bringt in der Praxis eine starke Spezialisierung mit sich, die den Kupferschmied entweder dem Apparatebau oder der Herstellung von Geschirren usw. zuführt.

Frauenarbeit ist fast ausgeschlossen und wohl nur für kunstgewerbliche Arbeiten angängig.

Die Tätigkeit ist wechselweise im bedeckten Raum und im Freien, also bei starken Temperaturunterschieden auszuführen. Besonders angestrengt werden die Arm- und Brustmuskeln. Das dauernde Stehen strengt auch die Beine an. Der starke Lärm beim Hämmern schädigt leicht das Gehör. Der Gebrauch von Säuren kann Verätzungen hervorrufen und die Lunge schädlich beeinflussen. Bei der Beobachtung der hygienischen Vorschriften lassen sich die gefürchteten Blei- und Kupfervergiftungen fast völlig vermeiden.

II. Körperliche und geistige Anforderungen.

1. Unbedingt erforderliche Eigenschaften.

Normaler, kräftiger Körperbau, gute Allgemeingesundheit, gesunde Lunge, gutes Sehvermögen, gutes, aber nicht überempfindliches Gehör.

2. Besonders fördernde Eigenschaften.

Geschickte Hand, gute Auffassungsgabe, Formensinn, zeichnerisches Verständnis. Die selbständige Ausübung des Berufes erfordert ferner gewandtes, sicheres Rechnen, Kenntnisse in der Festigkeitslehre, der Mechanik, der Wärmelehre und gewissen Gebieten der Chemie.

3. Ausschließende oder hindernde Eigenschaften.

Herz- und Lungenleiden, Bruchanlage, Beinleiden, Krankheiten des inneren Ohres und des Auges (Beschlagen bzw. Zerbrechen der Augengläser), Neigung zu Schwindel- und Krampfanfällen schließen aus. Epilepsie und Krämpfe bringen bei Bauarbeiten und Arbeiten mit gefährlichen Flüssigkeiten Gefährdung des Arbeiters mit sich.

III. Ausbildung.

1. Schulbildung.

Gute Volksschulbildung ist Voraussetzung, höhere Schulbildung vorteilhaft.

2. Ausbildung.

Lehrzeit 3—4 Jahre je nach Vorbildung. Am besten mittlerer handwerksmäßiger Betrieb. Starker Kleiderverschleiß, da die Säuren die Gewebe zerstören. Kein Lehrgeld, meistens erhält der Lehrling eine nach Lehrjahren abgestufte Entschädigung. Teilweise ist auch noch Unterbringung beim Lehrherrn üblich.

3.—4. Fortbildung — Fachschulen.

Innungs- und Berufsschulen sorgen zunächst für die theoretische Fortbildung. In *München*, Elisabethplatz Nr. 4, besteht eine besondere Berufsfortbildungsschule für Kupferschmiede; in *Hamburg* eine Lehrlingsfachschule (angegliedert an die Staatliche Gewerbeschule); in *Hannover*, Neuer Weg 3 A die Deutsche Apparatebau-Schule (früher Deutsche Kupferschmiedefachschule), bei der innerhalb 2 Jahren Ausbildung zum Techniker erfolgt. Heranbildung zum Kunstgewerbler in den Kunstgewerbeschulen.

IV. Wirtschaftlich-soziale Verhältnisse.

1. Arbeitsbedingungen.

Tariflich geregelt. Der Lohn steigt und fällt mit dem der übrigen Metallarbeiter, ist jedoch durchweg höher bemessen. Urlaub bis zu 12 Arbeitstagen bei vollem Lohn.

2. Berufswege.

Durch Charakterfestigkeit, Energie und Fähigkeit gelangt der Kupferschmied zum Vorarbeiter, Werkmeister, Betriebsleiter oder zur Selbständigkeit. Übergangsmöglichkeiten zum Monteur, Heizer, Maschinisten, Maschinenmeister u. dgl., sowie Einrücken in entsprechende Stellungen bei der Eisenbahn (z. B. Lokomotivführer) und für entsprechend Befähigte zum Kunstgewerbe.

3. Arbeitsmarkt.

Die Berufsaussichten sind für wirklich gut ausgebildete, leistungsfähige Kräfte gut. Nicht nur die eigentliche Kupferschmiederei und der Apparatebau verlangen zahlreiche Kräfte, sondern auch alle Zweige der Metallindustrie, Schiffbau, Lokomotiv-, Kraftfahrzeug-, Flugzeugfabriken usw. stellen Kupferschmiede gern ein, ferner Brauereien, Zucker- und chemische Fabriken. Im allgemeinen herrscht Mangel an *guten* Kupferschmieden.

4. Organisationen.

Arbeitgeber: Verein deutscher Kupferschmiedereien (V. d. K.) in 14 Bezirksvereine eingeteilt, Sitz: Hannover, Krausenstr. 18, Verband deutscher Apparatebau-Anstalten, Hannover, Krausenstr. 18 und Berlin-Charlottenburg, Schlüterstr. 24.

Arbeitnehmer: Verband der Kupferschmiede Deutschlands (fast in allen deutschen Städten Filialen), Sitz: Berlin N 58, Greifenhagener Str. 57.

V. Literatur.

1. „Zeitschrift des Vereins deutscher Kupferschmiedereien" im eigenen Verlag, Hannover, Krausenstr. 18. „Der Apparatebau" im eigenen Verlage des Verbandes deutscher Apparatebau-Anstalten, Hannover, Krausenstr. 18. „Der Kupferschmied", Organ des Verbandes der Kupferschmiede Deutschlands, eigener Verlag, Berlin N 58, Greifenhagener Straße 57.

2. „Der Kupferschmied" von Waldemar Petit, Verlag Bernh. Friedr. Voigt, Leipzig. (Neubearbeitung des von Sachsen-Anhalt in den „Berufskundlichen Unterlagen" am 15. 2. 1921 herausgegebenen Merkblattes „Kupferschmied". Landesarbeitsamt Westfalen und Lippe. Juli 1924.)

In unermüdlicher Kleinarbeit wurden die Grundlagen für die Herausgabe von Aufklärungs- und Merkblättern gesammelt, in denen der Extrakt einer gewaltigen Arbeitsleistung vorhanden ist. Als vorbildliches Beispiel seien die von der Abteilung Berufsberatung der amtlichen akademischen Auskunftstelle Leipzig herausgegebenen „Aufklärungsblätter über die akademischen Berufe" angeführt, wo in Stichworten Wesen, Aufgaben und Anforderungen der Berufe unter folgenden Titeln kurz geschildert werden: Berufsarbeit; Berufseignung; größerer Berufserfolg durch folgende Eigenschaften; Vorbildung; geforderte praktische Tätigkeit; Studium; Vorbereitungsdienst und eventl. Durchgangsstellungen; allgemeine Berufsverhältnisse. Das 17. Blatt möge hier im Wortlaut folgen:

Blatt 17: Volkswirt.

Nach dem Stand vom September 1926.

Voraussichtlich bereits im Sommer 1927 veraltet!

Berufsarbeit: Der verhältnismäßig junge Beruf umfaßt in der Mehrzahl der *Lebensstellungen* leitende Tätigkeit: Leitung und Organisation eines sozialen Körpers (Verband, Kammer, Verein, Abteilung eines privaten Großunternehmens), leitende Stellung bei einer Behörde. Dabei gilt es, etwa bei Gründung einer Vereinigung (z. B. Gewerbeverband) oder eines Dienstbetriebes (z. B. Amt für Arbeitsbeschaffung) neue eigene Wege zur Lösung der immer neuen Aufgaben zu finden, die im Fluß des wirtschaftlichen Geschehens auftreten; ferner Prüfung des Brauchbaren, klares Durchdenken des Neuen in organisatorischer Hinsicht und sein zureichendes Erproben, dabei auch Berücksichtigung technischer Einzelheiten (z. B. Bureautechnik, Registratur). Rasche Entschließungen, ausdauerndes und gewandtes Verhandeln in zahlreichen schwierigen Sitzungen; rasche, dabei klare und überzeugende Abfassung von Berichten (z. B. über den Geschäftsverlauf eines bestimmten Zeitraumes), Herstellung von Protokollen, Gutachten, Presseartikeln. Im Beruf muß der Befähigungsnachweis täglich neu erbracht werden! In den *Anfangs-* und *Durchgangsstellungen* handelt es sich meist um wissenschaftliche Hilfsarbeit auf besonderem Sachgebiet, also z. B. in Steuer- und Finanzwesen (etwa Wirkung der Herabsetzung der Umsatzsteuer auf die Preise, auf die Konsumkraft der Bevölkerung, auf den Export untersuchen), Verkehrswesen (z. B., auf Grund der Gutachten der Ingenieure usw. die zweckmäßigste Führung des Mittellandkanals unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten begründen), Sozialpolitik (etwa volkswirtschaftliche Vorteile und Nachteile erhöhter Löhne für Verheiratete und besonders kinderreiche Familienväter), Statistik (Feststellen der Zahl der Wohnungen, der Neubauten, der Zahl der Wohnungsuchenden, auf Grund dieser Erhebungen Vorschläge zu raschesten Behebung der Wohnungsnot).

Berufseignung: Für Anfangsstellung (wissenschaftliche Hilfsarbeit) erforderlich: Umsicht verbunden mit Gründlichkeit und Zuverlässigkeit, schnelles Einarbeitungs- und Umstellungsvermögen, klares, logisches und selbständiges Denken, Objektivität, wirtschaftliches Denken und Fähigkeit, wirtschaftliche Gesetzmäßigkeiten zu erfassen, Selbstbeherrschung und Takt. Für leitende Stellung *außerdem*: Verantwortungsfreudigkeit, Initiative, Organisationstalent, Fähigkeit, wirtschaftliche Vorgänge in ihren Auswirkungen auf die vertretene Wirtschaftsgruppe (Interessenkreis) zu erkennen, ja vorausschauend zu ahnen; großes Interesse für die Umwelt, Menschenkenntnis und die Fähigkeit, auf Menschen zu wirken, soziales Verständnis, verbindliches und gewandtes gesellschaftliches Auftreten; Verschwiegenheit; Gewandtheit in Wort und Schrift.

Vorbildung: Rfz. G., R.-G., O.-R. (in besonderen Fällen sind an einigen Universitäten, namentlich Frankfurt und Köln, Ausnahmen möglich).

Studium und Studiendauer: Studium der Staatswissenschaften an allen Universitäten, ferner an den Technischen Hochschulen Dresden (Diplom-Volkswirt, Dr. rer. oecon.) und

München (Diplom-Wirtschafter, nicht auch Dr.-Prüfung). Erforderlich ist, das wirtschaftswissenschaftliche Studium auf breitester Basis anzulegen und nach einer oder mehreren der folgenden Richtungen auszubauen: a) der juristischen, b) der privatwirtschaftlichen, c) der historisch-philosophisch-politischen, d) der statistischen, e) der praktisch-sozialen und sozialpolitischen Seite. Nach mindestens 6 Halbjahren Ablegen der volkswirtschaftlichen Diplom-Prüfung, nach mindestens 2 weiteren Halbjahren Promotion zum Dr. rer. pol. (An der Technischen Hochschule München mindestens 8 Halbjahre bis zum Diplom-Wirtschafter, an der Technischen Hochschule Dresden mindestens 8 Halbjahre bis zum Diplom-Volkswirt und in der Regel weitere 1—2 Halbjahre bis zum Dr. rer. oecon.) An den meisten Universitäten können andere Prüfungen, wie z. B. die kaufmännische Diplomprüfung oder 1. juristische Staatsprüfung als Ersatz für die volkswirtschaftliche Diplomprüfung angerechnet werden. An einigen Universitäten ist (nach 6 Halbjahren) Promotion zum Dr. phil. mit Nationalökonomie oder Statistik oder Privatwirtschaftslehre als Dissertationsfach möglich; dieser Abschluß kommt besonders für Bewerber in Frage, die außer Volkswirtschaftslehre noch andere Fächer der philosophischen Fakultät wählen wollen, z. B. Geschichte, Pädagogik, Psychologie, eine Fremdsprache, Geographie, Mathematik.

Praktische Tätigkeit: erwünscht, als Einblick in das Wirtschaftsleben (vor, während oder nach Studium), gegebenenfalls gegen geringes Entgelt.

Allgemeine Berufsverhältnisse: Verwendung des Volkswirts in einer großen Anzahl von Stellungen: in öffentlich-rechtlichen Organisationen auf gesetzlicher Grundlage (z. B. Industrie- und Handelskammern, Handwerkskammern), in Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden, in Berufsorganisationen, in der privaten Wirtschaft, in der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege, ferner Stellungen im staatlichen, kommunalen und städtischen Dienst (als Magistratsperson oder höherer Beamter), an staatlichen und privaten Wohlfahrtsschulen, in Bibliotheken, Redaktionen, Verlagen, in politischen Organisationen, in wissenschaftlichen Gesellschaften; außerdem kommen Stellungen als Statistiker, Archivleiter, Lehrer, Schriftleiter, Direktionsassistent, Privatsekretär in Frage. In *wenigen* dieser Stellungen werden aber *nur* Volkswirte verwendet, außerdem bei gedrückter Wirtschaftslage Verwendungsmöglichkeiten in den meisten dieser Stellen gering. In Handel und Industrie viel weniger Stellen, als gewöhnlich angenommen wird; hier in erster Linie praktisch-kaufmännische Begabung erforderlich. Zur Zeit sind 43% aller Universitäts-Studierenden Nationalökonomen und Juristen.

Für *Frauen* ist das Verhältnis von Angebot und Nachfrage noch ungünstiger. Es eröffnen sich ihr zwar grundsätzlich dieselben Berufsmöglichkeiten, doch stehen praktisch ihrer Anstellung oft Schwierigkeiten im Wege.

Etwas ausführlicher gehalten sind die von Dunkmann und Diel in der Deutschen Zentralstelle für Berufsberatung der Akademiker herausgegebenen „Merkblätter für Berufsberatung", die das bisher gesammelte Material in folgenden Abschnitten zusammenfassen: Gegenstand des Berufes; Voraussetzungen für die Wahl des Berufes; Wirtschaftliches, Berufsorganisationen; Zeitschriften und Literatur; Auskunft und Stellenvermittlung.

Spezielles Material wird in besonderen Zeitschriften bearbeitet; für „Technische Erziehung" z. B. erscheint jetzt die gleichnamige von Harms herausgegebene Zeitschrift (Verlag Datsch, Berlin NW 7, Dorotheenstraße 40). — Die in den Berufsmappen gesammelten Unterlagen haben also schon zu praktisch verwertbaren Ergebnissen geführt, die — wenn auch vorläufig noch als Ansätze zu betrachten — eine fruchtbare weitere Ausgestaltung erwarten lassen.

5. Vorbildung und Ausbildung des Berufsberaters.

Die gesamte Tätigkeit der Berufsberatung steht und fällt mit dem Persönlichkeitswert des einzelnen *Berufsberaters*. Zu dieser Tätigkeit hat man zunächst Fachleute der einzelnen Berufe genommen. In rein fachlicher Hinsicht fuhr man damit gut. Es hat sich aber gezeigt, daß das reine Fachwissen nicht ausreicht, sondern daß der Berufsberater eine wirkliche Persönlichkeit sein muß. Er muß eine genaue Kenntnis der Berufe und ihrer Anforderungen in jeder Beziehung haben und vor allem die Fähigkeit zur Feststellung von Neigung, Eignung und Befähigung der Ratsuchenden besitzen. Der Berufsberater hat die Arbeitsmarktslage genau zu studieren, jedoch selbst weder forschend noch prognostisch folgernd

vorzugehen, sondern er hat die von den maßgebenden Stellen aus großangelegten wirtschafts- und berufsstatistischen Erhebungen abgeleiteten Anweisungen zu befolgen, sich dabei aber stets des programmatischen Charakters der Folgerungen bewußt zu sein, insbesondere zu beachten, daß nicht jede örtliche in Erscheinung tretende Berufsüberfüllung oder Arbeitslosigkeit zu einer Warnung vor dem Ergreifen der davon betroffenen Berufe Anlaß geben dürfen. Über die verschiedenen Berufe muß er durch Literatur, Anschauung, Beobachtung, Berufsanalyse und eigene Praxis orientiert sein. Er muß die Methoden der Psychologie beherrschen: die Fragebogenmethode, die experimentellen Methoden, insbesondere aber muß er die Kunst der psychischen Einfühlung besitzen. Wie schon oben dargelegt, muß er auch von Medizin genügend verstehen. Der Berufsberater hat eine große persönliche und moralische Verantwortung. Er hat sich bei seiner Beratungstätigkeit einer nicht unerheblichen Rückhaltung zu befleißigen; er darf niemals seinen Rat aufdrängen. Entscheidung und Verantwortung bleibt stets dem Ratsuchenden überlassen. Der Berufsberater hat auch eine juristische Verantwortung, und zwar gegenüber dem Lehrherrn: eventuelle Haftpflicht bei Verschweigen ungünstiger Tatsachen und Eigenschaften der Lehrlinge; dem Lehrlinge oder dessen gesetzlichen Vertreter gegenüber: bei vorsätzlicher oder fahrlässiger Verschweigung ungünstiger Umstände, die den Meister oder die Lehre betreffen. Diese hohen Verpflichtungen kann der Berufsberater nur erfüllen, wenn er für den Beruf in der Tat geeignet ist und auch dauernd fortgebildet wird. Bestimmungen über die Prüfung und Berechtigung zur Zulassung als Berufsberater bestehen noch nicht. Um so größer ist die Verpflichtung des Berufsberaters, selbst an seiner Fortbildung zu arbeiten: berufskundliches Material zu sammeln und zu verarbeiten, volkswirtschaftliche, gewerbehygienische, psychologische, sozialpädagogische Werke zu studieren und ebensolche Vorlesungen und Kurse zu besuchen. Um die Berufe zu kennen, muß der Berufsberater die Anforderungen des Berufs an die körperliche Entwicklung und an die einzelnen Organe, die gesundheitlichen Berufsschädigungen, die Berufsunfallgefahr kennen; er muß die Anforderungen des Berufes an das Schulwissen, an besondere Fähigkeiten und sonstige Intelligenz kennen; auch müssen ihm die sittlichen Gefahren des Berufes oder Gelegenheiten zu Verfehlungen ebenso geläufig sein wie die seelischen Wirkungen des Berufes. Die notwendige Kenntnis des Berufe erwirbt er aus theoretischem und praktischem Studium, Besichtigungen von Groß- und Kleinbetrieben in Stadt und Land und Mitarbeit in den Betrieben. Zur Überwachung des Arbeitsmarktes muß er sich in enge Fühlung bringen mit allen wirtschaftspolitischen Einrichtungen, besonders Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, die einschlägigen Fachzeitungen dauernd lesen und die Verordnungen, welche sich auf Berufe und besonders auf das Lehrlingswesen beziehen, laufend studieren. Von der Stadtgemeinde Berlin wurden folgende „Grundsätze für Vorbildung und Ausbildung der Berufsberater und Berufsberaterinnen" aufgestellt:

A. Vorbildung.

1. Schulbildung.

Gefordert wird: abgeschlossene Volksschulbildung;

erwünscht ist: höhere Schulbildung mit Abschluß; für Betätigung als Berufsberater (Berufsberaterin) für Berufe mit höherer und Hochschulbildung jedoch ausnahmslos erforderlich.

2. Berufliche Ausbildung.

Gefordert wird: abgeschlossene berufliche Ausbildung in irgendeinem Beruf und mehrere Jahre berufliche Tätigkeit mit möglichst vielseitiger Verwendung;

erwünscht sind: Kenntnisse des Ausbildungsganges, der Arbeits- und Lohnverhältnisse der am häufigsten gewählten Berufe nebst ihren körperlichen und geistigen Anforderungen

und möglichst auch Kenntnisse auf gewerbehygienischem Gebiete. Vorzugsweise sind die Berufsberater aus den Reihen der Facharbeitsvermittler zu entnehmen.

3. Soziale Ausbildung.

Gefordert wird: Erfahrung in der Behandlung Jugendlicher;

erwünscht ist: der Nachweis über Tätigkeit in der privaten oder öffentlichen Jugendpflege oder Jugendfürsorge und möglichst auch Kenntnis auf dem Gebiete der Jugendpsychologie.

4. Allgemeines.

Gefordert wird: eine gewisse Lebenserfahrung (untere Grenze des Einstellungsalters etwa 30 Jahre) und die Fähigkeit, in der Öffentlichkeit frei zu sprechen und im Briefwechsel sich sicher und gewandt auszudrücken;

erwünscht sind: Kenntnisse der Grundbegriffe der Volkswirtschaftslehre und der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen (Gewerbeordnung, Handelsgesetzbuch, Jugend- und Arbeitsrecht).

B. Ausbildung.

1. Die Einstellung erfolgt zunächst als Diätar nach den allgemeinen Bestimmungen mit den entsprechenden Bezügen. Die Bewerber (Bewerberinnen) werden vom Leiter der Berufsberatungsstelle — bis zur Schaffung solcher Stellen in den Bezirken 1—6 vom Direktor des Berufsamtes — allgemein in die Aufgaben der Berufsberatung eingeführt und einem Berufsberater (Beraterin) zur besonderen Ausbildung überwiesen. Sie nehmen an den Fachkonferenzen der Berufsberater und Berufsberaterinnen teil.

2. Nach Maßgabe der vorhandenen freien etatsmäßigen Stellen erfolgt endgültige Anstellung im städtischen Dienst als Berufsberater oder Berufsberaterin.

Diese Grundsätze besagen auch hinsichtlich der Fortbildung des Berufsberaters das Erforderliche. Die Weiterbildung kann einmal erfolgen durch genaue Verfolgung der Fachliteratur und der beruflichen Fachpresse und zum anderen durch Besuche von Kursen, Kongressen und Versammlungen. Für den Bereich der Stadt Berlin werden für den gleichen Zweck auch regelmäßige Fachkonferenzen zur Fortbildung der Berufsberater abgehalten, die unter Leitung des Direktors des Landesberufsamtes stattfinden und an der regelmäßig teilzunehmen die Berufsberater durch Ortsstatut verpflichtet sind.

Schließlich arbeitet der Berufsberater auch noch dadurch an seiner Fortbildung, daß er die Sammlung und Beschaffung des berufskundlichen Materials nicht vom „grünen Tisch" aus, sondern in engster Berührung mit der lebendigen Praxis in der Werkstätte und im Kontor durchführt. Er wird überhaupt in seiner Arbeit um so größeren Erfolg haben, je beharrlicher und eindringlicher er sich bemüht, nicht nur seine pädagogisch-psychologischen Einsichten, sondern auch seine berufskundlichen Kenntnisse durch ständige Fortbildung zu erweitern und zu vertiefen.

Es folgen die „*Richtlinien* für die Ausbildung von weiblichen Beratern", aufgestellt vom Kartell der Auskunftsstellen für Frauenberufe:

1. Die Wirksamkeit der Auskunftsstellenleiterin muß als Beruf angesehen werden, gleichviel, ob sie ehrenamtlich oder besoldet erfolgt.

2. Voraussetzung für die Wahl dieses Berufes sind: soziales Verständnis, Fähigkeit, auf den Einzelfall teilnehmend einzugehen, Taktgefühl, Lebenserfahrung, feste Gesundheit, organisatorische Begabung, Gewandtheit im schriftlichen Ausdruck, um mit Behörden, Presse, Publikum verkehren zu können, möglichst Redebegabung, um öffentlich sprechen zu können.

3. Der Beruf muß gleich jedem anderen in geregeltem Ausbildungsgang erlernt werden. Als allgemeine Grundlage können, lückenlose Allgemeinbildung vorausgesetzt, gelten: gründliche Ausbildung für einen höheren Beruf, erweitert durch soziale Fachstudien oder längere vielseitige Erfahrung in selbständiger sozialer Arbeit.

4. Die besonderen Fachkenntnisse werden erworben:

a) durch systematisches theoretisches Studium der einschlägigen, sehr umfangreichen Literatur, der reichsgesetzlichen Bestimmungen und Erlasse, der einzelstaatlichen Ausbildungsbestimmungen und sonstigen Vorschriften, Teilnahme an Veranstaltungen von Berufsorganisationen und Bildungsvereinen usw.;

b) durch praktische Betätigung in gutgeleiteten Auskunftsstellen, Arbeitsnachweisen, Lehrstellen- und Stellenvermittlungen, Geschäftsstellen von Fachverbänden usw.;

c) durch Besuch von Ausbildungsstätten jeder Art, Kennenlernen von Betrieben, Studium des örtlichen Arbeitsmarktes usw.

5. Das erforderliche bureautechnische Können wird entweder in der Praxis oder durch Besuch kaufmännischer Kurse erworben. Zur Führung der Kassen, der Registratur, der Kartothek, zum Kopieren, Vervielfältigen, Einordnen usw. sind technische Handgriffe erforderlich. Beherrschung von Schreibmaschine und Stenographie sind wünschenswert.

6. Die unter 4 und 5 erwähnte Fachausbildung dauert zweckmäßig ein ganzes Jahr.

VI. Die ärztlichen Aufgaben bei der Berufsberatung.

1. Allgemeines.

Der ärztliche Berufsberater hat die *Aufgabe*, im Einzelfalle an der planvollen Vorbereitung der Berufswahl mitzuwirken, im Stadium der Beratung dem Berufsanwärter und dem Berufsberater durch gesundheitlichen Rat behilflich zu sein, die Auswahl der richtigen Anlern- und Lehrstelle nach gesundheitlichen Gesichtspunkten mitzubestimmen und die Berufsberatung bei der weiteren Beobachtung Beratener und Vermittelter zu unterstützen, ferner der Berufsberatung als Ganzem zur Erweiterung und Verbesserung ihrer Grundlagen, soweit das gesundheitliche Gebiet in Frage kommt, zu verhelfen. Niemals darf ärztliche Berufsberatung nur Organ- oder Organ*erkrankungsberatung*, stets muß sie *Gesundheitsberatung* sein und bleiben. Darin liegen für den heutigen Arzt aber größte Schwierigkeiten, die erst mit der Zeit und durch vielseitige, verschiedenartige und emsige wissenschaftliche und praktische Arbeit behoben werden können. Die Herausstellung des Istzustandes der Gesundheit ist schon etwas Künftiges: die heutige Medizin ist lediglich am Begriff der Krankheit orientiert und pflegt fast ausschließlich Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Prognostik von Krankheiten; das erfaßte anatomische Substrat und die ermittelten oder vorgestellten Funktionen ergeben die medizinische Nomenklatur und erfüllen Gehirn und Herz des Arztes; im Vordergrund steht das Pathologische und seine Heilung. Erst im Werden ist das Interesse an einer abgestuften Feststellung des Gesundheitsgrades und an den Methoden der Gesunderhaltung durch umfassende Krankheitsvorbeugung, deren Entwicklung zum großen Teil von dem Fortschritt der Sozialversicherung zur Gesundheits- und Arbeitsfürsorge abhängt; Gesundheitsbeurteilung setzt vor allem Erfassung der Konstitution und Prognostik der Person voraus, und hier stecken wir noch ganz in den Anfängen; die lebensversicherungsmedizinische Biometrie gibt zwar manche Anhaltspunkte, aber mehr nicht, und in der Pubertät nicht einmal diese. Noch so fern vom eigentlichen Ziel wird daher der ärztliche Berufsberater bei Begutachtung des Istzustandes der Gesundheit sich großer Vorsicht und Zurückhaltung befleißigen müssen. Nicht weniger aber auch bei der Beurteilung des Sollzustandes der Gesundheit für den geplanten Beruf. Das bereitet natürlich keine Schwierigkeiten bei den gänzlich Gesunden, aber diese haben gerade die ärztliche Beratung nicht so notwendig wie die Schwächlichen, Krankheitsverdächtigen und für das Erwerbsleben gesundheitlich beschränkten jugendlichen Berufswählenden oder erwachsenen Berufswechselnden; hier aber fehlt es an Unterlagen; das frühere Heer, die heutige Reichswehr, die Eisenbahn, Post, Knappschaften und zahlreiche Industrieen formulieren gesundheitliche Anstellungsbedingungen, die Lebensversicherungen suchen die einzelnen Risiken zu bestimmen. Diese gesundheitlichen Sollforderungen können für die ärztliche Berufsberatung teilweise wohl berücksichtigt, aber nicht ohne weiteres auf sie übertragen werden, denn die meisten von ihnen sind einseitig orientiert, lassen nur Höchstwertige zu und überlassen Mittel- und Minderwertige anderen oder sich selbst; deshalb findet man hier auch so gut wie

gar nicht die für die Arbeitsberatung so dringlich notwendigen Verwendungserfolgsstatistiken über die irgendwie in der Erwerbsfähigkeit beschränkten.

Das *Wesen der ärztlichen Berufsberatung* ist die Gesundheitsfürsorge, die Anbruchs- und Erkrankungsverhütung. In jedem einzelnen Falle hat der ärztliche Berufsberater den Ist-Zustand der Gesundheit des Prüflings nach den Methoden der individualmedizinischen Diagnostik festzustellen; gegen diesen Ist-Zustand des Prüflings ist der Sollzustand der Gesundheit für den geplanten Beruf abzuwägen. Der Rat des ärztlichen Berufsberaters basiert auf der Prognose der Person des Examinanden, bezogen — nicht auf die Lebensaussichten überhaupt, wie es die Lebensversicherungsmedizin tut, sondern — auf die gesundheitlichen Eigentümlichkeiten der Verrichtungen und der sozialen Verhältnisse des geplanten Berufes.

Indem diese ärztliche Tätigkeit bei sich ausdehnender Berufsberatung einer großen Masse Jugendlicher zugute kommt, kann solche Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsfürsorge in erheblichem Umfange zum Wiederaufbau der Volksgesundheit und damit auch der Volkswirschaft beitragen. Die Ausgestaltung der ärztlichen Berufsberatung als *sozialhygienisches Sonderfach* wird sich um so nachhaltiger auswirken, je mehr die in der Berufsberatung tätigen Ärzte sich darum bemühen, die heutigen individualmedizinischen Methoden zur Feststellung von Krankheiten um solche zur Feststellung der Gesundheit zu erweitern, eine personelle Gesundheitsprognostik zu schaffen und die heutigen Kenntnisse von dem Sollzustand der Gesundheit für die wichtigsten Berufe auf deskriptivem und folgerichtig normativem Wege zu festigen und zu erweitern.

Der Arzt ist unentbehrlich bei der Durchführung einer individuellen Arbeits- und Berufsberatung. Als tüchtiger Fachmann kann der Berufsberater und der Arbeitsnachweisvermittler die Fachqualität des Arbeitsuchenden und die fachlichen Anforderungen einer freien Stelle ganau beurteilen; er kann dem Arbeitgeber raten, den Arbeitnehmer Friedrich Schulze dem Arbeitnehmer August Müller vorzuziehen, weil dieser die notwendigen Eigenschaften für den Beruf in größerem Maße besitzt, und umgekehrt kann er dem arbeitsuchenden August Müller raten, eine kleine Werkstatt mit 1 oder 2 Gesellen einem Fabrikbetrieb mit einer nach Hunderten zählenden Belegschaft vorzuziehen; wenn der Berufsberater und Arbeitsnachweisvermittler darüber hinaus noch ein guter *Menschenkenner* ist, wird er auch die menschlich gut zusammenstimmenden Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu beiderseitigem Vorteil zusammenzuführen verstehen. Indes, die Leistungsfähigkeit eines Menschen hängt außer von der fachlichen Tüchtigkeit auch noch vom Gesundheitszustand ab, und die Gesundheit spielt bei allen Broterwerben, Hand- und Kopfarbeitern, eine wichtige Rolle. Wer die für seine Arbeit erforderliche Gesundheit nicht besitzt, kann nicht Vollarbeit leisten und auch nicht Vollohn verdienen.

In der kurzen Parole der Berufsberatung und des Arbeitsnachweises, „den richtigen Mann und die richtige Frau an die richtige Stelle bringen", ist deshalb unzweifelhaft auch der Unterbegriff enthalten: „den gesundheitlich richtigen Mann und die gesundheitlich richtige Frau an die ihrer Gesundheit bestgeeignete Stelle zu bringen". Der Begriff der gesundheitlichen Eignung des Arbeitssuchenden ist deshalb vom Begriff der individuellen Berufsberatung und Arbeitsvermittlung untrennbar. Das erkennt das Arbeitsnachweisgesetz, durch welches auch die Berufsberatung geregelt wird, ausdrücklich an, indem es bei der Vermittlung die körperliche Eignung besonders berücksichtigt wissen will. Die Bestimmung der körperlichen Eignung aber ist ausschließliche Domäne des Arztes. Indem der Arzt beim Vorgang der individuellen Berufs- und Arbeitsvermittlung mitzuwirken hat, übernimmt er die Rolle des ärztlichen Berufs- und Arbeitsberaters,

und zwar gegenüber dem Arbeitnehmer und auch dem Arbeitgeber, gegenüber der Berufsberatung und dem Arbeitsnachweis.

Wenn es an ärztlichen Arbeitsberatern immer noch fehlt, so liegt die Schuld daran nicht auf Seiten der Berufsberatung und des Arbeitsnachweises. Der ärztliche Stand muß diese Stellen erwerben, und der einzelne Arzt muß sich bemühen, den Umfang seiner Inanspruchnahme allmählich vorsichtig und taktvoll auszudehnen. Es ist ärztliche Aufgabe, die Arbeitenden gleichsam mit Gesundheit zu überziehen und für die ärztliche Tätigkeit um Verständnis bei den Jugendlichen, ihren Eltern, Lehrern und Erziehern, Arbeitgebern, bei der Berufsberatung und dem Arbeitsnachweis und allen übrigen Interessenten zu werben. Diese Werbung darf nicht in der Form der Forderung „ihr *müßt* den Arzt in Anspruch mehmen" vorgebracht werden, sondern sie muß psychologisch sorgfältig abgestellt werden; insbesondere ist der Nachweis zu erbringen, wie sehr es im eigenen Interesse der Bedürftigen liegt, sich der Vorsorge des Arztes zu bedienen. Dieser Grundsatz gilt für den ärztlichen Berufsberater und auch für den Arzt am Arbeitsnachweis. Die Arbeitsnachweisvermittler stellen dem Arzt die ihnen zweifelhaften Fälle vor und damit meist die Fragen: Ist der Arbeitslose überhaupt noch gesundheitlich arbeitsfähig, erlaubt ihm seine Gesundheit, alle im Beruf vorkommenden oder nur bestimmte Arbeitsverrichtung auszuführen, erfüllt er die besonderen gesundheitlichen Anforderungen, welche durch die Besonderheit der freien Stelle gestellt werden? Die Beantwortung dieser Fragen erfordert keinesfalls nur eine Begutachtung, sondern meist noch eine mündliche Beratung des Vermittlers. Je größer das Verständnis der Berufsberater und Arbeitsvermittler für den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ist, desto häufiger ziehen sie den Arzt zur individuellen Arbeitsberatung hinzu. Es wäre ungerecht, dieses Verständnis gering einzuschätzen, die Erfahrung zeigt vielmehr immer wieder, daß es kaum jemals erheblicher Anstrengung bedarf, dieses Verständnis erst besonders wachzurufen. Der Arzt muß allerdings seine Dienste den einzelnen Stellen dauernd in Erinnerung bringen. Manchmal wird er den jugendlichen und erwachsenen Ratsuchenden seine ärztliche Funktion auch direkt näher tragen; er wird versuchen, Serienuntersuchungen für gesundheitlich besonders bedrohte Berufsgruppen bei den einzelnen Arbeitsnachweisen durchzuführen, dabei vor allem die Staub- und Giftarbeiter auf vorhandene Schädigungen abzusuchen, die Angehörigen der Nahrungs- und Genußmittelbranche auf übertragbare Krankheiten untersuchen und die Tuberkulösen, Epileptiker, Ertaubten, Erblindeten, an chronischen Krankheiten Leidenden zu ermitteln suchen, um sie zweckvoller Behandlung oder Fürsorge zu überweisen oder mit Hilfe der Berufsumleitung in andere Beschäftigungen überzuführen, wo sie trotz ihres Anbruchs noch Arbeit und ausreichenden Lohn finden können. Ein besonderes Interesse wird der Arzt den doppelberufigen und alten Leuten zuwenden; ihre Zahl ist im heutigen Arbeitsnachweis meist erheblich und bildet eine starke Belastung des Arbeitsnachweises, der Berufsberatung, Erwerbslosenfürsorge und der Fürsorgeverbände. Ebenso wird der Schularzt systematisch auf gesundheitlich Anbrüchige zu fahnden suchen, um sie vor falscher Berufswahl zu schützen und dem Berufsamt so frühzeitig als möglich bekanntzugeben. Niemand wird den Arzt schon von selbst als einen notwendigen Bestandteil der individuellen Arbeits- und Berufsberatung betrachten; jedem muß der Arzt selbst die Notwendigkeit seiner Mitarbeit offenbaren.

Mit Behandlung von Krankheiten im Sinne des individualmedizinischen Heilarztes hat die ärztliche Tätigkeit bei der Berufsberatung und am Arbeitsnachweis nichts zu tun. Krankheitsbehandlungsbedürftigte werden entweder der Erwerbslosenfürsorge oder der Ortskrankenkasse direkt überwiesen — auch

die Jugendlichen, wenn die örtliche Krankenkasse Familienversicherung leistet. Der ärztliche Arbeits- und Berufsberater ist Krankheitsvorbeuger!

Ärztliche Eignungsuntersuchungen, wie sie von dem Arzt am Arbeitsnachweis und in der Berufsberatung verlangt werden, sind an sich nichts neues. Diese Tätigkeit ist vielmehr bekannt durch die Funktionen des Eisenbahnarztes des Vertrauens- und Revisionsarztes bei den Lebensversicherungsgesellschaften, des Fabrikarztes und des Militärarztes. Alle diese Untersucher haben die Aufgabe, den Istzustand der Gesundheit der Examinanden festzustellen und eine Prognose ihrer gesundheitlichen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der ihnen wahrscheinlich zuzumutenden Leistungen zu stellen, und danach ihr befürwortendes oder ablehnendes Gutachten abzugeben. Alle diese Untersucher bleiben aber mehr oder weniger einseitig auf die Interessen ihrer Auftraggeber eingestellt und werden jeden Mindertauglichen ablehnen. Im Gegensatz zu diesen Vertrauensärzten besteht für den ärztlichen Berufs- und Arbeitsberater keinerlei Veranlassung, einseitig interessiert zu sein; vielmehr schützt ihn gerade seine Funktion bei der öffentlichen, gemeinnützigen, paritätischen Arbeitsfürsorgeeinrichtung vor Einseitigkeit und Parteilichkeit. Der ärztliche Arbeits- und Berufsberater kann sich auch nicht mit der einfachen Ablehnung des Arbeitnehmers begnügen, denn darauf reagieren Vermittler und Arbeitnehmer sofort mit der Gegenfrage, für welche andere Beschäftigung oder für welchen anderen Beruf der Arbeitssuchende gesundheitlich verwendbar ist. *Das Grundlegende und Neue, das mit der ärztlichen Tauglichkeitsprüfung in die soziale Berufs- und Arbeitsvermittlung eingeführt ist,* ist die Tatsache, daß nunmehr auch der Arbeitnehmer eine ärztliche Instanz besitzt, die ihn davor schützt, Arbeiten zu verrichten, durch die seine Gesundheit, sein einziges und wertvollstes Gut, in ernste Gefahr kommen kann. Indem diese ärztliche Instanz an der Monopolstelle des Ausgleichs von Angebot und Nachfrage zur Geltung kommt, wird erreicht, daß der Gesundheitsschutz der arbeitnehmenden Bevölkerung auf eine sehr große Zahl von Arbeitnehmern ausgebreitet werden kann, daß dabei gleichzeitig die Anbrüchigen frühzeitig ermittelt und zweckmäßiger Heilbehandlung zugeführt und dadurch vor einem Fortschreiten des Anbruchs bewahrt und so außer Gefahr gebracht werden, zu halben Kräften zu werden, welche die Wirtschaft in mehrfacher Hinsicht belasten, und daß ferner eine Krankheitsvorbeugung einsetzt, aus welcher weite Kreise von Sozialinstitutionen größten Vorteil ziehen können. Als Gegenstand dieser krankheitsvorbeugenden Maßnahmen ergeben sich bei Berufsberatung und Arbeitsnachweis eigenzwangläufig: Lungentuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Frauen- und Nervenleiden, Berufs- und Zahnkrankheiten und andere sozial-wichtige Volkskrankheiten. Aber auch der Arbeitgeber erhält die Gewähr einer objektiven ärztlichen Beurteilung der zu vermittelnden Arbeitssuchenden und weiß sich dadurch gegen den Arbeitnehmervorwurf gedeckt, er mache die Einstellung von dem Gutachten seines Fabrikarztes abhängig, welcher in der menschlich leichtverständlichen Gefahr einerseitiger Interessenvertretung nicht immer objektive Gutachten abgäbe. So vermag also der ärztliche Arbeits- und Berufsberater durch Qualität und Quantität seiner Arbeit dem Sinn dieser Sozialinstitutionen durchaus zu entsprechen.

Der Arzt als Berufs- und Arbeitsberater ist *Mitberater und Mitarbeiter, nicht Entscheider* im Vorgang der Berufs- und Arbeitsberatung. Die Stellung des ärztlichen Berufs- und Arbeitsberaters kann man etwa vergleichen mit der Stellung des Zeugen und sachverständigen Zeugen im Gerichtsverfahren. Ein Zeuge hat dem Richter Tatsachen zu bekunden, die er wahrnimmt oder wahrgenommen hat und die für die Rechtsfindung wichtig sind, Der sachverständige Zeuge hat sich zum Beweise von Tatsachen oder Zuständen, zu deren Wahrnehmung eine

besondere Sachkunde erforderlich ist, gutachtlich zu äußern. Wie die gutachtliche Äußerung des Arztes vor Gericht einen Baustein für das richterliche Urteil darstellt, so sind auch im Arbeits- und Berufsberatungsvorgang Arzt und Psychotechniker sachverständige Berater des Berufsberaters und Arbeitsvermittlers. Wie der Richter, so hat auch der Berufsberater und Arbeitsvermittler nicht „Medizin", aber doch so viel von der Medizin zu verstehen, daß er ärztliche Gedankengänge und Schlüsse begreifen und verwerten kann. Darauf muß die Form des ärztlichen Gutachtens Rücksicht nehmen, und vielfach wird der Arzt das Verständnis der Berufs- und Arbeitsberatung für ärztliche Gutachten erst durch fortlaufende Belehrung zu wecken haben, wie ja auch der künftige Richter forensische Medizin studieren muß. An die berufsberatungsärztliche Äußerung stellt der Berufsberater mit Recht hohe Anforderungen. Diese sind in Wirklichkeit nicht geringer als die Anforderungen, die an forensische medizinische Gutachten gestellt werden. Aus diesen Grunde mögen Strassmanns Äußerungen über die Anforderungen, welche der Richter an ein ärztliches Gutachten stellt, hier zitiert werden:

„Da der Richter das Gutachten des Sachverständigen als Grundlage seines Urteils bedarf, so verlangte er mit Recht eine möglichste Bestimmtheit desselben. Die Klagen über die Unbestimmtheit ärztlicher Gutachten vernimmt man aus richterlichen Kreisen häufig. Sie sind gewiß nur zum Teil berechtigt, und der ärztliche Sachverständige sollte sich durch das Drängen der richterlichen Behörden nach ganz bestimmten Aussprüchen nicht beeinflussen lassen, weiter zu gehen, als er wirklich verantworten kann. Es liegt in der Natur der Medizin, wie aller Wissenschaften, die sich mit dem organischen Leben befassen, daß der Verlauf der Dinge hier ein viel wechselnderer, mannigfaltigerer ist, daß deshalb häufig mehrere Erklärungen möglich sind, daß nicht eine gleiche Eindeutigkeit gegeben ist, wie in den rein mechanischen Fächern. Eine Blutvergiftung verläuft nicht mit der Regelmäßigkeit eines chemischen Prozesses, und die Erwerbsfähigkeit eines Menschen läßt sich nicht bestimmen, wie die Dicke einer Mauer. Eine Reihe richterlicher Fragen wird der Sachverständige mit Sicherheit beantworten können, bei anderen wird er mit Wahrscheinlichkeiten und Möglichkeiten rechnen müssen. Wertvoll kann dem Richter auch ein solcher Ausspruch der Sachverständigen sein. Das ärztliche Gutachten ist gewöhnlich nur ein Glied in der Beweiskette; zusammengehalten mit den anderen Ergebnissen derselben kann es darum zu einem bestimmten Ergebnis leiten, auch wenn es nur mit Wahrscheinlichkeit abgegeben wird; denn auch aus einer Reihe von Wahrscheinlichkeiten läßt sich eine feste Überzeugung gewinnen.

Andererseits wird uns aber gerade der Umstand, daß eine mathematische Sicherheit überhaupt nicht zu erlangen ist, daran verhindern, in einen unfruchtbaren Skeptizismus zu verfallen und in Berücksichtigung auch der allerentferntesten Möglichkeiten zu gar keinem Urteil zu gelangen. Möglich ist alles mögliche, und absolut unmöglich ist so gut wie nichts; das müssen wir vor Gericht oft genug erklären. Es ist aber nicht unsere Aufgabe, vage Möglichkeiten zu diskutieren, für die im speziellen Falle kein Anhalt vorliegt. Wir haben uns vielmehr, ebenso wie die Kliniker, aus der Gesamtheit der Erscheinungen des Einzelfalles ein Urteil zu bilden und danach zu handeln; wie diese werden wir entweder eine sichere oder eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen oder verschiedene Möglichkeiten offen lassen. Stimmen alle wesentlichen Erscheinungen des Einzelfalles mit dem durch die Erfahrung gezeichneten Bilde überein, so stellen wir eine sichere Diagnose. Unmöglich ist es natürlich nicht, daß in Jahr und Tag die Auffassungen sich ändern. Lehren uns doch täglich neue Erfahrungen das Vorkommen von uns bisher unbekannten Dingen. Wir können aber, wie Seidel treffend sagt, den Richter nicht bezahlen mit einem solchen Wechsel auf die Zukunft, der vielleicht nie eingelöst wird. Haben wir uns mit redlichem Bemühen auf Grund des gegenwärtigen Standes der Wissenschaft unser Urteil gebildet, so haben wir unsere Pflicht getan. Halten wir immer fest, daß die absolute Wahrheit von keinem Sachverständigen verlangt wird und verlangt werden kann, sondern nur, was nach unserer Überzeugung Wahrheit ist.

Noch folgenschwerer allerdings als der Fehler einer unbegründeten Unbestimmtheit ist der einer unberechtigten Sicherheit in den Behauptungen des sachverständigen Gutachtens, zumeist die Folge mangelhafter Kenntnisse oder ungenügender Sorgfalt. Um so gefahrvoller erscheinen die zu bestimmten Urteile, da der Laie häufig gerade aus der Sicherheit des äußeren Auftretens irrigerweise auf die innere Gediegenheit schließen wird."

Die Rolle des Arztes als Nur-Ratgeber schließt nicht aus, daß er körperlich für einen Beruf gänzlich Untaugliche dennoch mit Erfolg von diesem Beruf fern-

halten kann. Wo ernste Bedenken vorliegen, müssen sie mit aller Entschiedenheit, in einer so ernsten Form und so nachdrücklich begründet vorgebracht werden, daß das ärztliche Gutachten durchdringt. Sind die Bedenken aber nur mittelschwer oder leicht und liegt große Lust und Begabung für den Beruf vor, so können die ärztlichen Bedenken auch einmal zurückgestellt werden, denn „Lust und Liebe sind die Fittiche zu großen Taten" und überwinden oft auch im Laufe der Zeit die größten körperlichen Mängel.

Die Frage, *ob sich ein Arzt zum Arbeits- und Berufsberater eignet*, setzt das Vorhandensein berufskundlicher Kenntnisse bereits voraus. Im allgemeinen darf man für die Auswahl der ärztlichen Berufsberater an die Darlegung von R. Lehmann in der Monatsschrift für Unfallheilkunde 1917, S. 208, erinnern:

„Ich habe es noch selbst als Student erlebt, daß Universitätslehrer in auditorio darüber ulkten, als sich die Spezialität der Unfallmedizin zwar langsam, aber lebenskräftig zu entwickeln begann. ‚Wer richtige Diagnose stellt', hieß es wohl damals, ‚kann auch begutachten'. Nun, über diesen Irrglauben ist die Praxis der sozialen Gesetzgebung heute längst zur Tagesordnung übergegangen. Wir alle kennen hervorragende Ärzte, Operateure, Spezialisten, die Leuchten in ihrem Fache und als Gutachter gar nicht zu gebrauchen sind. Zum Gutachter gehört doch wohl ein gewisser juristischer Einschlag, den eben lange nicht jeder Mediziner hat und zur Krankenbehandlung ja auch gar nicht nötig hat. Und dann wie auf allen anderen Spezialgebieten — und die Gutachtertätigkeit ist auch ein solches — viel, sehr viel praktische Erfahrung. Ich entsinne mich der Zeit, wo ich auf diesem Gebiete völliger Anfänger war: Was half mir die feinste Diagnose und der schönste Status, wenn ich am Schlusse nicht wußte, wie die Erwerbsfähigkeit einschätzen? Und das saugt man sich nicht so nebenbei und bei gelegentlicher Beschäftigung aus den Fingern, dazu gehört ebensogut Übung, lange, fleißige Übung, wie zu jeder anderen spezialistischen Tätigkeit. Die Frage, wer soll nun Gutachter sein, beantwortet sich eigentlich von selbst: Aus der gesamten allgemeinen Ärzteschaft die auf Grund bewiesener praktischer Erfahrung oder spezieller Vorbildung auserwählten Bezirks- und Vertrauensärzte der L.V.A. und B.G., die für die Gutachtertätigkeit spezialistisch vorgebildeten, beamteten Ärzte, die Leiter von Kliniken und Krankenhäusern, jedoch nur dann, wenn sie nachweislich Erfahrung auf dem gutachtlichen Gebiete haben, und die Spezialärzte, ebenfalls unter der letzteren Bedingung und unter enger Begrenzung auf Fragen ihres Spezialfachs."

Der ärztliche Berufs- und Arbeitsberater kommt kaum ohne *fachärztlichen Beirat* (Augen-, Ohren-, Nervenarzt u. a. m.) aus. Es ist natürlich falsch, daß unter den Teilarbeitern Meinungsverschiedenheiten in Form leidenschaftlicher Ausfälle der Ärzte gegeneinander, meist zum Schaden des Bedürftigen, ausgetragen werden. Golebiewski sagt an einer Stelle: „Derjenige Arzt, welcher sich berufen fühlt, in seinem Gutachten über das Urteil, die Untersuchungsmethoden, wissenschaftliche Ausbildung anderer Ärzte, zu polemisieren oder sich gegen die von den früheren Ärzten abgegebenen Gutachten in verletzender Weise zu äußern, erreicht oft das Gegenteil von dem, was er will. Dazu zeigt er noch offen, daß er redlich bemüht ist, das Ansehen des ärztlichen Standes zu untergraben."

Der gesamte Berufsberatungsvorgang bedingt eine *Arbeitsgliederung zwischen dem Schularzt und dem Berufsberatungsstellenarzt*. Der Nachdruck ist auf das Wort „Arbeits*gliederung*" zu legen; es soll besagen, daß beider Ärzte Arbeit organisch eng zusammenhängen soll. Das Gegenteil von Arbeitsgliederung ist Arbeitsteilung, Arbeitszerstückelung, bei welcher der Berufsberatungsstellenarzt und der Schularzt ohne Verbindung untereinander arbeiten. Der Schularzt als hausärztlicher Gesundheitsfürsorger der Jugendlichen, an deren Übertritt ins Berufsleben er interessiert ist, sollte den Berufsberater zu Beginn des letzten Schuljahres über die gesundheitliche Eigenart seiner einzelnen Schutzbefohlenen unterrichten. Die Form dieser schulärztlichen Orientierung des Berufsberaters vor der Berufsberatung muß so gewählt sein, daß sie dem Berufsberater ein knappes, aber übersichtliches und klares, noch ohne Rücksicht auf etwaige Berufswünsche dargestelltes Gesundheitsbild des Jugendlichen gibt, das aber doch schon einige

allgemeine Hinweise auf zu vermeidende Berufsgefahren enthält. Für die Praxis dürfte es sich empfehlen, ein Formular einzuführen, welches einmal den gesundheitlichen Anbruch des Jugendlichen kurz skizziert und die zu vermeidenden Berufsgefahren durch Unterstreichen aus dem nachstehend angegebenen Verzeichnis angibt (s. auch Fragebogen S. 449ff.): „Der Jugendliche ist möglichst fernzuhalten von: Fabrikarbeit (Groß-, Mittel-, Kleinbetrieb), Werkstattarbeit, Heimarbeit, Freiluftarbeit; nächtlicher, einförmiger, komplizierter, Einzel-, Gruppenarbeit; starker, mittlerer Ermüdung; ständigem Stehen, Sitzen, Umhergehen; gleichbleibender Körperneigung, schaukelnder Arbeit, dauernden (kleinen, großen) abwechselnden Erschütterungen; Maschinetreten; erhöhter Verletzungsgefahr der Haut, Knochen, Muskeln des Kopfes (Augen, Ohren); Schädigung der schallaufnehmenden Organe im Ohr, Erregung der nervösen Zentralorgane durch Schallreize; Augenschädigungen durch sehr feine Arbeit; Bestrahlung, Feuerstrahlung; Erkältungskrankheiten; Staubgefahren; chemischen Giften".

In mittleren und kleinen Orten ist der Schularzt überhaupt *der* ärztliche Berufsberater. Großstädte haben zwar besondere Berufsberatungsstellenärzte; indessen soll nicht nur der im Stadium der Berufsberatung tätige Arzt, sondern auch der Schularzt mit besonderen berufskundlichen, gewerbehygienischen und gewerbemedizinischen Kenntnissen ausgerüstet werden, Die Zukunft erfordert, daß die Schulärzte in diesem Vorwissen noch mehr als bisher ertüchtigt werden. Beider Ärzte Tätigkeiten bauen auf der personellen Prognostik auf. Beiden Ärzten muß die jeweilige Bewährung der beratenen oder vermittelten Personen zwecks Fortführung oder Revision ihrer berufsberatungsmedizinischen Meinungen und Schlüsse zugänglich gemacht werden. Das ist umso leichter, je enger beider Ärzte Verbindung mit dem Fortbildungsschularzt ist, dem die gesundheitliche Überwachung der Lehrlinge obliegt.

2. Mitarbeit des Arztes an der Vorbereitung der Jugendlichen.

An der planmäßigen Vorbereitung der Jugendlichen auf die Berufswahl hat der Arzt in mannigfacher Weise mitzuwirken. Im Vordergrunde steht die Aufklärung der Jugendlichen über die gesundheitlichen Eigenarten der am häufigsten begehrten Berufe. Sie kann in Wort, Schrift, Bild und Anschauungsmaterial erfolgen. Thiele-Dresden hat in seiner kleinen Schrift „Berufswahl und Gesundheit. Ein Mahnwort an Eltern und die heranwachsende Jugend" (abgedruckt in: „Schulgesundheitspflege", herausgegeben von Weber und Lehnert, verlegt in Dresden bei C. Heinrich, auf S. 289 ff.) ein treffliches Vorbild für eine zweckmäßige Aufklärung geschaffen, wie überhaupt dieser kenntnisreiche Autor sich um die gesundheitliche Aufklärung der Jugend und den Jugendlichenarbeiterschutz durch Tat, Wort und Bild höchst verdient gemacht hat, so daß dem ärztlichen Berufsberater das Studium der Gedankengänge und Veröffentlichungen Thieles immer wieder bestens empfohlen werden muß. Am wirksamsten ist der Vortrag vor den Jugendlichen bei Gelegenheit einer Klassenveranstaltung, bei Elternabenden usw. unter Anwendung von Lichtbildern. Das dazu erforderliche Diapositivmaterial ist noch nicht sehr zahlreich, aber in ständiger Zunahme begriffen und von einzelnen Landesberufsämtern, vom Hauptverband deutscher Krankenkassen (Berlin-Charlottenburg, Berliner Straße 137), von der Deulig A. G.-Berlin, Krausenstraße und anderen Stellen gegen geringe Leihgebühr leicht beziehbar. Die Technik der Veranstaltung und Durchführung solcher Vorträge gleicht im ganzen der Technik der hygienischen Volksbildung überhaupt. Das Ziel der berufskundlichen Aufklärung der Jugendlichen läuft mit dem Ziel der hygienischen Volksbelehrung im Sinne der Erweckung des Pflichtbewußtseins zur Gesundheit eng zusammen, und

darum sind bei der Aufklärung der Jugend nicht nur Berufseigentümlichkeiten zu behandeln, sondern zugleich auch allgemeinhygienische Maßnahmen des Arbeiters zur Pflege seiner Gesundheit im Sinne einer Verbreitung hygienischer Kultur.

Aus seiner Kenntnis des Gesundheitszustandes der Schüler des letzten Schuljahres, aus der Reihenuntersuchung der Schüler dieses Jahrganges und auf Grund von Einzeluntersuchungen ergeben sich für den Schularzt unschwer die Tatsachen, die für den Berufsberater von großer Wichtigkeit sind. Diese Tatsachen werden am besten durch Ausfüllung eines *Fragebogens* der Berufsberatung übermittelt. Über diesen gesundheitlichen Fragebogen ist im Laufe der letzten Jahre eine Fülle von Literatur entstanden, auf die näher einzugehen kaum nötig erscheint. Am besten hat sich der in Frankfurt a. M. und in Sachsen eingeführte Fragebogen in folgender Fassung bewährt.

Ärztliche Berufsberatung.

1. Ist der Jugendliche für jeden Beruf geeignet? .....
2. Wenn nicht, sind etwa Berufe auszuschließen (a) oder zu meiden (m) mit

	a	m
a) schwerer körperlicher Anstrengung		
b) sitzender Arbeitsweise		
c) anhaltendem Stehen oder Gehen		
d) anhaltendem Bücken		
e) Staubentwicklung		
f) starkem Temperaturwechsel (auch Witterungseinflüssen)		
g) hoher Anforderung an Sehschärfe		
Hörschärfe		
h) besonderen Anforderungen an den Stimmapparat		
i) starker Inanspruchnahme der Nerven		

3. Liegt eine Erkrankung, Verkümmerung oder Gefährdung eines Organs vor und gegebenenfalls welches Organs? .....
4. Sprechen vom Standpunkt der Vererbungslehre Gründe gegen einen Beruf? (Tuberkulose-Disposition in der Familie, vererbbare Hautkrankheiten usw.) .....
5. Kann eine bestimmte Berufstätigkeit heilwirkend sein? .....

Tag und Unterschrift des Schularztes.

Immerhin erscheint es wichtig, die Wünsche der Berufsberater bezüglich der ärztlichen Fragebogen auch hier zum Ausdruck kommen zu lassen. Gaebel äußert sich in „Die Zusammenarbeit der Berufsberatung mit dem Arzt" wie folgt:

„Man ist, abgesehen von Einzelfällen, meist dazu übergegangen, die ärztliche Untersuchung ohne Rücksicht auf den Berufswunsch vornehmen zu lassen, so daß das Ergebnis für mehrere Berufe nutzbar gemacht werden kann. Bei der Darstellung des Befundes ergeben sich zwei Möglichkeiten, die durch die beiden folgenden Schemata charakterisiert werden.

Schema I.

1. Größe
   Gewicht
   Untersuchungstag
   Krankheiten im letzten Jahre
   Allgemeinzustand
   Sehschärfe
   Gehör, Flüstern
   Haut
   Knochengerüst
   Drüsen
   Halsorgane
   Zähne
   Herz
   Lungen
   Bauchorgane
   Nervensystem
   Augen
   Ohren
2. Kommen besondere gesundheitliche Schäden in Frage?

Schema I hat den Nachteil, daß dem Arzt nicht genügende Anhaltspunkte dafür gegeben werden, was für den Berufsberater wissenswert ist. Die Angaben des Arztes sind auch oft so allgemein gehalten, daß der Berufsberater gerade in schwierigen Fällen nicht recht das herausfinden kann, was ihm wissenswert ist. (Um auf eine Äußerlichkeit hier einzugehen, lateinische Ausdrücke sollen unter allen Umständen vermieden werden; ihre Kenntnis kann von dem Berufsberater nicht verlangt werden.) Vor allem aber wird der Berufsberater sehr häufig nicht in der Lage sein, den ärztlichen Befund richtig zu deuten. Es wird z. B. eine hochgradige Kurzsichtigkeit erwähnt. Kann erwartet werden, daß der Berufsberater

weiß, daß wegen der Gefahr einer Netzhautablösung schweres Heben, Bücken, größere Erschütterungen vermieden werden müssen? Oder daß mit Ohrenerkrankungen unter Umständen Gleichgewichtsstörungen verbunden sind, die den Betreffenden von dem Beruf des Dachdeckers, Installateurs, Tapezierers ausschließen? Diese Beispiele ließen sich noch vielfältig vermehren. Selbst wenn der Arzt im letzten Falle die Diagnose der Labyrintherkrankung gewissenhaft aufschriebe, würde der durchschnittliche Berufsberater damit kaum etwas anfangen können.

Schema II.

Liegen Bedenken vor gegen Berufe:
- a) die mit Staubentwicklung verbunden sind?
- b) die im Stehen ausgeübt werden müssen?
- c) die im Sitzen ausgeübt werden müssen?
- d) die den Witterungsverhältnissen aussetzen?
- e) die starke körperliche Anstrengungen erfordern?
- f) die hohe Anforderungen stellen an die
  Sehschärfe?
  Gehörschärfe?
- g) die besonders gesunde Nerven erfordern?
- h) die eine Empfindlichkeit der Haut nicht dulden?

Aus diesem Grunde ist es sehr viel zweckmäßiger, nach *Schema II* zu verfahren. Dann würde der Arzt zur Beantwortung von Frage e) feststellen, ob ein Bruchleiden, hochgradige Kurzsichtigkeit, Lungenleiden usw. vorliegen, zur Frage b), ob Krampfadern, Plattfüße, Unterleibserkrankungen usw. vorliegen. Dem Berufsberater wird nicht zugemutet, aus dem ärztlichen Befunde Schlüsse zu ziehen, die eine medizinische Ausbildung voraussetzen, und der Arzt wird genau auf die Punkte hingewiesen, die für die Beurteilung des Falles von Wichtigkeit sind. Das Verfahren legt keinem der Beteiligten Verantwortlichkeiten auf, denen er normalerweise nicht gewachsen sein kann — vom Arzt werden keine berufskundlichen, vom Berufsberater keine medizinischen Kenntnisse verlangt."

3. Die ärztliche Aufgabe bei der Beratung selbst.

Sie zerfällt in die Feststellung des Ist-Zustandes der Gesundheit, Abwägung desselben gegen den Soll-Zustand der Gesundheit für den geplanten Beruf und Abgabe des Ergebnisses der ärztlichen Überlegung in dem „Rat".

Die Feststellung des Ist-Zustandes der Gesundheit geschieht im allgemeinen nach den individualmedizinischen Methoden der Feststellung der Konstitution und der Krankheit. Diese dürfen als allgemein bekannt vorausgesetzt werden. Auf ihre Erklärung wird deshalb hier verzichtet. Nur bestimmte Momente des klinischen Untersuchungsverfahrens, die für den Berufsberater von besonderer Bedeutung erscheinen, sollen im folgenden kurz hervorgehoben werden.

Es wurde schon oben darauf hingewiesen, daß die berufsberatungsmedizinische Tätigkeit eine gewisse Ähnlichkeit mit der eisenbahnärztlichen, fabrikärztlichen, militärärztlichen und lebensversicherungsmedizinischen hat. Der ärztliche Berufsberater hat ebenfalls den Einzelfall durch eine sorgfältige Anamnese, eine ins einzelne gehende Untersuchung, eine genaue Durcharbeitung der subjektiven Angaben und der subjektiven Unterlagen eingehend zu klären, darüber hinaus aber noch die Berufstauglichkeit des Probanden und seine Lebenserwartung in den besonderen Berufsverhältnissen festzustellen; kommt es bei der Berufsberatung doch darauf an, den richtigen Mann an die richtige Stelle zu setzen, und zwar so, daß dieser dort nicht bloß kurze Zeit, sondern für die Dauer seines ganzen Lebens verbleibt und höchstmögliche Wertarbeit leistet.

Die Lösung dieser schwierigen Aufgaben setzt voraus, daß der Berufsberatungsarzt mit dem ganzen Rüstzeug der individualmedizinischen Untersuchungstechnik vertraut ist. Der Heilarzt darf sich mit der Feststellung des Krankheitsbefundes, des Heilplans und der Therapie begnügen; während derselben kann er Anamnese und Untersuchung vertiefen und seine Diagnose und seinen Heilplan noch vielfach revidieren. Der Berufsberatungsarzt dagegen muß sein Urteil vielfach auf einer oder einigen wenigen Untersuchungen aufbauen und

bei etwaigen Krankheitszuständen nach Krankheitsanlagen, ihre in langen Zeiträumen etwa denkbaren Entwicklungsmöglichkeiten und ihre Abhängigkeit von den direkten und sozialen Einwirkungen des Berufs ermitteln, also eine auf lange Sicht eingestellte und begründete Prognose der berufstätigen Personen stellen.

Da für Befunderhebungen und Prognostik oft nur eine einzige Gelegenheit verfügbar ist, muß der ärztliche Arbeits- und Berufsberater bei dieser einen Gelegenheit um so sorgfältiger arbeiten, um der um so größeren Gefahr von Mißgriffen wirksamer zu entgehen. Auch begegnen dem ärztlichen Arbeits- und Berufsberater die Jugendlichen und deren Eltern nicht immer mit demselben hingebenden Vertrauen, wie der Kranke seinem Heilarzt, sondern oftmals muß der Berufsberatungsarzt erst um Verständnis für die Berücksichtigung des gesundheitlichen Faktors bei des Berufswahl werben, und in Fällen, wo er von der Wahl des geplanten Berufes abraten muß, seine Ablehnung gegenüber dem Vorsatz des Prüflings sachlich genau und taktvoll in der Form begründen. Je ernster der ärztliche Arbeits- und Berufsberater seine schwierigen Aufgaben in jedem Einzelfall durchzuführen bestrebt ist, desto fester wird sich seine eigene Überzeugung gründen, daß die unüberlegte Berufswahl oftmals unermeßlichen Schaden anrichtet und die bewußte Lenkung der Berufswahl in der Tat Vorzügliches zu leisten vermag, daß dieser Erfolg jedoch eine ungemein ernste Berufsauffassung und eine schwere und oft undankbare Denk- und Überredungsarbeit des Berufsberaters erfordert. Wer aber glaubt, die Sache gehe von selber, sollte seine Hand von dieser höchst verantwortungsvollen Arbeit lassen, denn er kann unabsehbar viel schaden. Auch auf den sog. guten „ärztlichen Blick" darf man sich nicht verlassen; gewiß wird der Blick für die Berufstauglichkeit durch die Erfahrung geschärft, aber Erfahrung vorbedingt sehr viel einzelne schwierige Arbeit, große Gewissenhaftigkeit und Enttäuschungen; der begnadete Mediziner erwirbt sie rasch, der durchschnittliche schwerer, der von sich eingenommene nie.

Viele Berufsanfänger wenden sich an die Berufsberatung, eben so viele Arbeitslose an den Arbeitsnachweis erst, nachdem sie auf eigene Faust ihr Glück zu machen versucht haben. Bei diesen erwirbt der Arzt zwar leichter das notwendige Vertrauen, muß aber in seinen Nachforschungen tiefer schürfen. Überhaupt ist die Ermittlung des Berufswunsches eine unerläßliche Vorfrage, aus der sich mancherlei Fingerzeige für den Gesundheitszustand entnehmen lassen. Die Fragestellung des ärztlichen Berufsberaters muß natürlich geschickt sein, darf in den Probanden nichts hineinfragen und auch der Inhalt der Antworten und ihre Form bedürfen sorgsamer nachträglicher Überprüfung.

Die meisten Fälle, mit denen sich der ärztliche Arbeits- und Berufsberater zu beschäftigen hat, sind die dreiviertel- und halbwertigen Kräfte. Sie müssen auf ihre wahre Wertigkeit genau geprüft und die Beeinträchtigung des Vollwertes für den geplanten Beruf darf nur dann ausgesprochen werden, wenn eine solche tatsächlich begründet ist. Ob und inwieweit das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und Berufsfähigkeitsschätzung dem Prüfling selber mitgeteilt werden soll, kann nur von Fall zu Fall entschieden werden, denn vielfach sehen die Prüflinge dieses Ergebnis als eine gewisse Abstempelung ihres Wertes an und behalten es gar zu leicht während des ganzen Lebens im Sinne. In dieser Beziehung muß gerade der Arzt größte Vorsicht üben. Menschen, die nur Dreiviertel- oder Halbwerte zu repräsentieren glauben, haben wir im heutigen Deutschland genug, und ihre Zahl braucht nicht noch vermehrt zu werden. Vielmehr kommt es darauf an, den tatsächlich Minderwertigen davon zu überzeugen, daß er trotz seiner Wertminderung an der ihm empfohlenen Arbeitsstelle durchaus Vollarbeit zu leisten imstande ist. Denn es ist nicht gesagt, daß Vollarbeit und Vollohn eine im ganzen intakte Gesundheit vorbedingen, vielmehr vermögen auch gesundheit-

liche Halb- und Drittelkräfte Vollarbeit zu leisten und Vollohn zu verdienen, wofern sie an eine Arbeit gestellt werden, für die der ihnen verbliebene Gesundheitsrest voll genügt. Der ärztliche Berufsberater tut gut, die anbrüchigen Probanden für sich selbst in: auffällig, verdächtig, bedenklich zu klassifizieren, um danach in seinem Urteil den Wert des Prüflings um so sorgfältiger als: gut, mittelmäßig oder ungenügend fassen zu können.

Der Berufsberater muß die ganze Persönlichkeit des Probanden einer sorgfältigen Untersuchung unterziehen, Kreuz- und Querfragen stellen, einzelnen Symptomen nachgehen, auch den nur scheinbaren Befunden nachspüren und jeden regelwidrigen Befund bezüglich seiner Wirkung auf den derzeitigen und künftigen Gesundheitszustand unter Mitberücksichtigung der Vergangenheit des Probanden und seiner Familie prüfen. Ärztliche Berufsberatung darf niemals Organberatung, sondern muß stets Gesamtkörperberatung sein.

Gegenstand ganz besonders eingehender Durchprüfung ist die Erkrankungsbereitschaft des Probanden. Bekanntlich unterliegt der menschliche Organismus einem ununterbrochenen Werden und Vergehen, einem ständigen Umsatz seiner Stoffe. Die Lebensvorgänge, die gesamte Lebenstätigkeit (Funktionen), die Selbsterneuerung (Regeneration) und die Widerstandskraft (Resistenz) haben Ursprung und Ausgang in den Zellen und in den Zellgruppen, den Organen, deren Tätigkeit durch spezifische Reize, Nervenreize, Hormonwirkungen usw. ausgelöst wird; diese Reize regeln den inneren Aufbau und das harmonische Zusammenwirken der Zellen und Zellgruppen. Auf der Fähigkeit des Organismus, sich auf die jeweils von außen und innen wirkenden Lebensbedingungen einzustellen, beruhen des Körpers Existenz und Gesundheit. Auf dieser Anpassungsfähigkeit beruht die Widerstandskraft des Organismus. Je schneller die Anpassung erfolgt, desto größer ist die Widerstandskraft. Der Körper besitzt einen starken natürlichen Trieb, die im Kräfteumsatz verbrauchten Bestandteile wieder aufzubauen, die Lebensfähigkeit der Zellen bei besonderer Beanspruchung zu steigern und gegen Schädigungen Schutz- und Abwehrmittel mobil zu machen. Diese Lebenseigenschaften und Lebensfähigkeiten des Organismus faßt man im Ausdruck: *Konstitution* zusammen: „der auf der Summe der Körpereigenschaften beruhende, jedem Einzelwesen besonders eigentümliche Zustand, welcher im Temperament (seelischer Naturanlage), Leistungsfähigkeit und in dem Grade der Widerstandsfähigkeit gegen Krankheits- und regelwidrige Einflüsse, überhaupt also in der Betätigung der Lebenskraft seinen Ausdruck findet“ (Villaret, Handwörterbuch der gesamten Medizin). Die den Körper treffenden Einflüsse bewirken eine Steigerung oder Verminderung seines Wohlbefindens. *Krankheit ist danach ein Leben unter veränderten Bedingungen.* Der Krankheit wirken die Abwehr-, Wiederherstellungsbestrebungen des Körpers entgegen; sie führen zur Heilung oder zur Anpassung. Dem Organismus abträgliche Bedingungen wirken in ihm und auf ihn, bevor es zu Beschwerden oder anderen Erscheinungen, Symptomen, kommt; Aufgabe des Gesundheitsfürsorgers ist es, die veränderten Lebensbedingungen des Organismus, die Krankheit verursachen können, frühzeitig zu erkennen und abzustellen, bevor es zu Beschwerden oder zur Anpassung oder einem chronischen Verlauf der Krankheit kommt.

In dieser Beziehung erlangen die Begriffe Konstitution, Habitus, Disposition, Diathese und ähnliches eine besondere Bedeutung. *Habitus* ist die Summe der äußeren Körperbeschaffenheitsmerkmale, aus denen ein gewisser Schluß auf die Disposition zur Gesundheit oder Krankheit gezogen werden kann. *Disposition* oder Krankheitsanlage ist die Empfänglichkeit für gewisse Krankheiten. *Diathese* ist ein an mehreren Stellen zugleich hervortretender, aus derselben Ursache hervorgehender Krankheitszustand. Die Konstitution beeinflußt den Widerstand

des Organismus gegen von außen einwirkende körperschädigende Ursachen, die Heilung von Verletzungen und Krankheiten, das Überstehen operativer Eingriffe, körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und daher auch die körperliche und geistige Berufsfähigkeit und Lebenszähigkeit.

Die Lehre von den Konstitutionsanomalien beherrscht die Berufsberatungsmedizin, die einen gewissen Teil der Gewerbemedizin oder diese selbst im Gegensatz zur Gewerbehygiene darstellt, eben so sehr wie die Lebensversicherungsmedizin. Der ärztliche Arbeits- und Berufsberater muß der Ermittlung von Konstitutionsanomalien einen sehr erheblichen Teil seiner gesamten Arbeit widmen. *Es kommt darauf an, die personelle Krankheitsbereitschaft festzustellen, die endogen möglichen Krankheitsursachen zu ermitteln und sie gegen die exogenen, namentlich die von den Berufsverrichtungen selbst wie auch die von den im Beruf herrschenden sozialen Verhältnissen ausgehenden Krankheitsursachen und deren Wirkung auf die Konstitution oder vorhandenen Konstitutionsanomalien abzutrennen*, wenn man die personelle Widerstandskraft und ihr Verhalten gegen berufliche Einwirkungen beurteilen und eine Prognose der berufstätigen Person stellen will. Die Widerstandskraft des Körpers hängt von der Widerstandsfähigkeit seiner einzelnen Organe ab; meist erkrankt zunächst nur *ein* Organ; es zieht die seiner Funktion oder seiner Lage nächstbenachbarten Organe in Mitleidenschaft, bis der gesamte Organismus erkrankt. Die Summen der Teilkonstitutionen ergeben die Gesamtkonstitution. Demgemäß gilt es, die Krankheitsbereitschaft, die Leistungsfähigkeit, die Widerstandskraft der einzelnen Organe gegenüber endogenen und exogenen krankmachenden Einflüssen so gut wie eben möglich festzustellen. *Je sorgfältiger die Medizin die Tüchtigkeit der einzelnen Organe erforscht, je sorgfältiger die Einwirkungen der einzelnen Berufe auf die menschlichen Organe und den Gesamtorganismus ermittelt werden, desto sicherer wird die Prognostik der Person und des Berufes.* Von dieser Sicherheit sind wir heute noch ein sehr großes Stück entfernt und müssen uns daher mit Unzulänglichkeiten begnügen.

Die *körperlichen und geistigen physiologischen und pathologischen Merkmale des Individuums leiten sich aus Anlagestücken im Keimplasma her.* „Das Einzelwesen ist nur ein Sproß am Baum der Familie, in seinen Blättern, Blüten, Früchten und Lebensäußerungen von denjenigen der Familie nicht wesentlich verschieden, nur das dem einzelnen Menschen durch verschiedene äußere Entwicklungsbedingungen und durch die sexuelle Kreuzung der in Zusammensetzung, Lebensvorgängen und Stimmung variierenden Erzeuger ein mehr individuelles Gepräge aufgedrückt wird, als dies bei Pflanzen der Fall ist“ (Heagler). Die Erbanlage bezieht sich auch auf größere oder geringere Empfänglichkeit für gewisse Krankheiten, insbesondere auch auf die psychopathische Anlage.

Die gesunde Konstitution nimmt ihren Ursprung aus der gesunden Keimzelle und deren regelrechter Entwicklung zu harmonischen Körperorganen und offenbart sich in einer hohen Leistungs-, Regenerations- und Resistenzfähigkeit des Organismus im ganzen und in einzelnen Teilen. Die konstitutionelle Schwäche und Minderwertigkeit können ererbt oder erworben sein.

Im folgenden seien *die häufigsten Konstitutionsanomalien* kurz erwähnt. Die *exsudative Diathese* ist eine bei Kindern häufig anzutreffende Wasser- und Stoffwechselstörung und gibt sich in Neigung zu Katarrhen, Hautausschlägen, Blässe, Gewichtsschwankungen u. a. m. zu erkennen; im Lebensalter der Berufswahl sind meist nur noch Folgeerscheinungen der exsudativen Diathese bemerkbar: Ekzeme, Lichen, Urticaria, Schnupfenneigung, adenoide Wucherungen, Bronchialkatarrh, Asthma. Suspecte Jugendliche sollten in einen Beruf gelenkt werden, in dem ihre Konstitutionskraft erhöht wird und keine Gefahr zu Erkrankungen ihrer minderwertigen Organe besteht.

Der *Habitus asthenicus*, die „Kümmerform des Hochwuchses“ (Kraus), besteht in langaufschießendem Wachstum, allgemeiner Körperschwäche, Engbrüstigkeit, Enge der oberen Thoraxapertur, Anfälligkeit gegenüber Tuberkulose und Hypoplasie des Herzens und der Arterien; einen gewissen Maßstab für diesen Habitus gibt der Lennhoff-Index $\frac{d(j\,p)\,100}{c\,a}$, in welchem der Zähler $d(j\,p)$ die Distantia jugulopubica oder den Abstand der Kehlgrube von der Schambeinfuge und $c\,a$ den kleinsten Bauchumfang bedeutet; die normale Durchschnittszahl liegt etwa bei 75; Erhöhung über 85 zeigt einen asthenischen, Erniedrigung unter 65 einen emphysematösen Habitus an. Beim Habitus asthenicus spielt das Milieu der Arbeitsstätte des Lehrlings eine wichtige Rolle. Die Ansteckung mit Krankheiten wird um so leichter erfolgen, je mehr Personen in einem Raum zusammenarbeiten müssen. Ein an sich leichter Beruf (Schneiderin, Kontoristin) kann bei innigem Kontakt mit anderen Arbeitern für einen konstitutionell Minderwertigen bezüglich seines Gesundheitszustandes verhängnisvoll werden (Tuberkuloseinfektion), während ein an sich vielleicht schwerer Beruf bei zweckentsprechender Ernährung und gesundem Arbeitsmilieu zur Kräftigung und Gesundung des konstitutionell Schwächlichen führen kann. Als *Status thymicolymphaticus* bezeichnet man eine Vermehrung des lymphatischen Gewebes im ganzen Körper mit Vergrößerung und Persistenz der Thymusdrüse, Lymphocytose des Blutes, blassem, pastösem Aussehen bei normalem Hämoglobingehalt, Mandelhypertrophie, Neigung zu Erkältung, Darmkatarrh u. ä. Die *arthritische Diathese* besteht in Neigung zu Gelenkerkrankungen und Stoffwechselstörungen. Die *neuropathische Konstitution* zeigt eine ausgeprägte, reizbare Schwäche des Nervensystems und Anlage zu funktionellen Neurosen und Psychopathien; sie äußert sich im Berufswahlalter vielfach nur in leichter Ermüdbarkeit und verminderter Leistungsfähigkeit, Anämie, Migräne, Herzneurosen, neurasthenischen und hysterischen Symptomen; solche Berufsanwärter sollten in Berufe geleitet werden, die keine besondere Konzentration und Aufmerksamkeit, keine selbständige intellektuelle Betätigung und keine besondere Schlagfertigkeit verlangen; es ist falsch, Jugendliche mit neuropathischer Konstitution schlechtweg als geistig minderwertig zu betrachten, vielmehr vermögen sie im richtigen Beruf und am richtigen Ort durchaus Vollarbeit zu leisten.

Dem Konstitutionsfaktor, der äußeren und inneren Körperbeschaffenheit, unter vorwiegender Betonung der Krankheitsanlagen, mißt die Prognostik der Lebensversicherungsmedizin eine so große Bedeutung bei, daß Florschütz den Satz geprägt hat: „Infektion ist Zufall, Konstitution das Bleibende, Positive“ und „Maß und Zahl sind die Eckpfeiler des Konstitutionsbegriffs.“ In der Tat ist zweifellos, daß die *Biometrie wesentliche Anhalte für die Prognostik* liefern kann; indes muß man sich auch vor einer Überschätzung biometrischer Werte hüten und darf die übrigen Ergebnisse des ärztlichen Untersuchungsbefundes nicht unterschätzen. Immerhin verdienen die von Florschütz angegebenen Meßmethoden nicht allein für die Praxis der Lebensversicherungsmedizin, sondern auch bei der ärztlichen Arbeits- und Berufsberatung weitgehende Berücksichtigung.

Florschütz geht von dem Gedanken aus, daß der Begriff des Habitus phthisicus viel zu eng gefaßt sei, wenn er nur Personen umgreife von anormal lang gebautem, schmalem, flachem Thorax mit spitzem, epigastrischem Winkel, großer Weite der Intercostalräume und geringem Durchmesser. Durch jahrelange, eingehende Untersuchungen, die besonders für die Lebensversicherungsmedizin von größter Bedeutung waren, gelang es ihm, die Minderwertigkeiten der einzelnen Körper objektiv zu erfassen und zahlenmäßig auszudrücken, so daß Florschütz *unter Konstitution nichts anderes versteht als „die Körperbe-*

Normales durchschnittliches Brustmaß, Bauchmaß und Körpergewicht bei gegebener Höhe für männliche Personen. (Nach Florschütz.)

Höhe		Alter in Jahren					
		15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40 und mehr
150	Brust E	83	85	87	88	89	90
	„ A	76	76	81	82	84	85
	Bauch	70	72	75	78	80	83
	Gewicht	54	58	60	62	64	66
151	Brust E	83	85	87	89	90	90
	„ A	77	78	81	83	84	85
	Bauch	70	72	75	78	81	84
	Gewicht	54	58	60	62	64	66
152	Brust E	84	85	88	89	90	91
	„ A	77	78	81	83	85	86
	Bauch	71	73	76	79	81	84
	Gewicht	54	59	60	62	64	67
153	Brust E	84	86	88	89	90	91
	„ A	77	79	82	84	85	86
	Bauch	71	73	76	79	81	85
	Gewicht	54	59	61	63	65	67
154	Brust E	85	85	89	90	91	92
	„ A	78	79	82	84	86	87
	Bauch	71	73	76	79	82	85
	Gewicht	55	60	62	63	65	68
155	Brust E	85	87	89	90	91	92
	„ A	78	80	83	84	86	87
	Bauch	72	74	77	80	82	86
	Gewicht	55	60	62	64	66	68
156	Brust E	85	87	90	91	92	93
	„ A	78	80	83	85	86	87
	Bauch	72	74	77	80	83	86
	Gewicht	56	61	63	64	66	69
157	Brust E	86	87	90	91	92	93
	„ A	79	80	83	85	87	88
	Bauch	73	74	78	81	83	87
	Gewicht	56	61	63	65	67	69
158	Brust E	86	88	90	91	93	93
	„ A	79	81	84	85	87	88
	Bauch	73	75	78	81	83	87
	Gewicht	56	61	64	65	67	70
159	Brust E	86	88	91	92	93	94
	„ A	79	81	84	86	87	88
	Bauch	73	75	78	81	84	87
	Gewicht	57	62	64	66	68	70
160	Brust E	87	88	91	92	93	94
	„ A	80	81	84	86	88	89
	Bauch	74	75	79	82	84	88
	Gewicht	58	63	65	67	68	71
161	Brust E	87	89	91	93	94	95
	„ A	80	82	85	87	88	89
	Bauch	74	76	79	82	85	88
	Gewicht	58	63	65	67	69	72
162	Brust E	87	89	92	93	94	95
	„ A	80	82	85	87	89	90
	Bauch	74	76	79	83	85	89
	Gewicht	59	64	66	68	70	73
163	Brust E	88	90	92	93	94	95
	„ A	81	82	85	87	89	90
	Bauch	75	77	80	83	86	89
	Gewicht	59	65	67	69	71	73

Tabelle (Fortsetzung).

Höhe		Alter in Jahren					
		15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40 und mehr
164	Brust E	88	90	93	94	95	96
	„ A	81	83	86	88	89	90
	Bauch	75	77	80	83	86	90
	Gewicht	60	65	68	69	71	74
165	Brust E	89	90	93	94	95	96
	„ A	81	83	86	88	90	91
	Bauch	75	77	81	84	86	90
	Gewicht	61	66	68	70	72	75
166	Brust E	89	90	93	94	95	96
	„ A	82	83	86	88	90	91
	Bauch	76	78	81	84	87	90
	Gewicht	61	67	69	71	73	76
167	Brust E	89	91	94	95	96	97
	„ A	82	83	87	89	90	91
	Bauch	76	78	81	85	87	91
	Gewicht	62	67	70	72	74	76
168	Brust E	90	91	94	95	96	97
	„ A	82	84	87	89	91	92
	Bauch	76	78	82	85	87	91
	Gewicht	63	68	70	72	74	77
169	Brust E	90	92	94	95	97	98
	„ A	83	84	87	88	91	92
	Bauch	77	79	82	85	88	92
	Gewicht	63	69	71	73	75	78
170	Brust E	90	92	95	96	97	98
	„ A	83	85	88	90	91	92
	Bauch	77	79	82	86	88	92
	Gewicht	64	70	72	74	76	76
171	Brust E	91	92	95	96	97	98
	„ A	83	85	88	90	92	93
	Bauch	78	79	83	86	89	92
	Gewicht	65	70	73	75	77	80
172	Brust E	91	93	95	97	98	99
	„ A	84	85	88	90	92	93
	Bauch	78	80	83	86	89	93
	Gewicht	65	71	74	76	78	81
173	Brust E	91	93	96	97	98	99
	„ A	84	85	89	91	92	93
	Bauch	78	80	83	87	89	93
	Gewicht	66	72	75	77	79	82
174	Brust E	91	93	96	97	98	99
	„ A	84	86	89	91	93	94
	Bauch	78	80	84	87	90	94
	Gewicht	67	73	75	78	80	83
175	Brust E	92	93	96	97	99	100
	„ A	84	86	89	91	93	94
	Bauch	79	81	84	88	90	94
	Gewicht	68	74	76	79	81	84
176	Brust E	92	94	97	98	99	100
	„ A	85	86	90	92	93	94
	Bauch	79	81	85	88	91	94
	Gewicht	69	75	77	80	82	85
177	Brust E	92	94	97	98	99	100
	„ A	85	87	90	92	94	95
	Bauch	80	82	85	88	91	95
	Gewicht	70	76	78	80	83	86

Tabelle (Fortsetzung).

Höhe		Alter in Jahren					
		15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40 und mehr
178	Brust E	93	94	97	98	100	101
	„ A	85	87	90	92	94	95
	Bauch	80	82	85	89	91	95
	Gewicht	70	77	79	81	84	87
179	Brust E	93	95	97	99	100	101
	„ A	86	87	91	93	94	95
	Bauch	80	82	86	89	92	96
	Gewicht	71	78	80	82	85	88
180	Brust E	93	95	98	99	100	101
	„ A	86	88	91	93	95	96
	Bauch	81	82	86	89	92	96
	Gewicht	72	79	81	83	86	89
181	Brust E	94	95	98	99	101	102
	„ A	86	88	91	93	95	96
	Bauch	81	83	86	90	93	96
	Gewicht	73	79	82	84	87	90
182	Brust E	94	96	98	100	101	102
	„ A	87	88	92	94	95	97
	Bauch	81	83	87	90	93	97
	Gewicht	74	81	83	86	88	91
183	Brust E	94	96	99	100	101	102
	„ A	87	89	92	94	96	97
	Bauch	82	84	87	90	93	97
	Gewicht	75	82	84	87	89	92
184	Brust E	94	96	99	100	102	102
	„ A	87	89	92	94	96	97
	Bauch	82	84	87	91	94	98
	Gewicht	76	83	85	88	90	94
185	Brust E	95	96	99	101	102	103
	„ A	88	89	93	95	96	97
	Bauch	82	84	88	91	94	98
	Gewicht	77	84	86	89	91	95
186	Brust E	95	97	100	101	103	103
	„ A	88	89	93	95	97	98
	Bauch	82	84	88	92	94	98
	Gewicht	78	85	87	90	92	96
187	Brust E	95	97	100	101	102	103
	„ A	88	90	93	95	97	98
	Bauch	83	85	88	92	95	99
	Gewicht	79	86	88	91	93	97
188	Brust E	96	97	100	101	103	104
	„ A	89	90	94	96	97	99
	Bauch	83	85	89	92	95	99
	Gewicht	79	86	89	92	94	98
189	Brust E	96	98	101	102	103	104
	„ A	89	90	94	96	98	99
	Bauch	84	86	89	93	96	100
	Gewicht	80	88	90	93	96	99
190	Brust E	96	98	101	102	103	104
	„ A	89	91	94	96	98	99
	Bauch	84	85	89	93	96	100
	Gewicht	81	89	92	94	97	100
191	Brust E	97	98	101	102	104	105
	„ A	89	91	95	97	98	100
	Bauch	84	86	90	93	96	100
	Gewicht	82	90	93	95	98	102

Tabelle (Fortsetzung).

Höhe		Alter in Jahren					
		15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40 und mehr
192	Brust E	97	99	102	103	104	105
	„ A	90	91	95	97	99	100
	Bauch	85	87	90	94	97	101
	Gewicht	83	91	94	97	99	103
193	Brust E	97	99	102	103	104	105
	„ A	90	92	95	97	99	100
	Bauch	85	87	91	94	97	101
	Gewicht	84	92	95	98	100	104
194	Brust E	97	99	102	103	105	106
	„ A	90	92	96	98	99	101
	Bauch	85	87	91	94	97	101
	Gewicht	85	93	96	99	101	105
195	Brust E	98	100	103	104	105	106
	„ A	91	92	96	98	100	101
	Bauch	85	88	91	95	98	102
	Gewicht	86	94	97	100	103	107

Körpermaße in Zentimeter, *Gewicht* in Kilogramm. *Brust E* bedeutet Brustumfang bei Einatmung, *Brust A* bedeutet Brustumfang bei Ausatmung. *Die Höhe* gilt einschließlich Fußbekleidung, das *Gewicht* einschließlich Kleidung. *Brust-* und *Bauchmaße* sind auf dem nackten Körper genommen, erstere direkt unter Schulterblattwinkeln und Brustwarzen bei wagerechter Armhaltung.

schaffenheit, die sich durch seine Höhe, seine Brust- und Bauchmaße und sein Gewicht objektiv ausdrücken läßt.“ Zur Ermöglichung der Feststellung einer Abweichung der Konstitution von dem „normalen“ Typ hat Florschütz mit Unterstützung des Chefmathematikers der Gothaer Lebensversicherungsbank, Prof. Dr. Karup, eine Normaltafel geschaffen, die für jedes Alter und jede Höhe angibt, wie sich der zugehörige Durchschnitt für Maß und Gewicht stellt (Tabelle S. 487—490).

Nach der Normaltabelle stellte Florschütz die einzelnen beobachteten Abweichungen in ihrer Größe und ihrer Häufigkeit für die Tuberkulose-Todesfälle und für die Vergleichsfälle ebenfalls tabellarisch fest. Es zeigte sich, daß „wie von vornherein zu erwarten war“ (Florschütz), die Maße und Gewichtszahlen der Tuberkulosefälle nicht durchgängig unter dem Durchschnitt oder Normalen liegen, sondern ebenso wie in den Vergleichsfällen selbst einen starken Ausschlag in positiver und negativer Richtung aufweisen (Tabelle S. 491).

Die negativen Abweichungen sind in auffälliger Weise vorherrschend, so daß bei den Brustmaßen etwa $^2/_3$, bei den Bauch- und Gewichtsmaßen etwa $^3/_4$ als normal gelten können. Daraus folgert Florschürz weiter, daß der Bau des Thorax nicht die Rolle in der Dispositionslehre spielen kann, die ihm von anderer Seite (Freund, Rothschild) zugeschrieben wird. „Der mehr oder weniger paralytische oder sonst veränderte Thorax ist nur insofern von Wert, daß er als Teilsymptom der minderwertigen Konstitution in Rechnung zu ziehen ist: die allgemeine Ernährung, d. h. die Unterentwicklung, die sich gleichzeitig im Bauchmaß und im Gewicht ausspricht, ist das wesentliche Moment.“ Die Untersuchungen wurden von Florschütz insofern noch weiter vervollständigt, daß er gewisse Klassen von Tuberkulosefällen herausgriff. Er untersuchte, wie sich der Verlauf der Abweichung der Tuberkulose-Todesfälle darstellt, wenn aus diesen die Fälle entfernt sind, die in den Berufen vorgekommen sind, die sich mit der Herstellung und den Vertrieb von alkoholhaltigen Getränken befassen (Tabelle S. 492): die Abweichungen auf der negativen Seite werden noch offensichtlicher, ein Teil der extremen Abweichungen der positiven verschwindet, „und sie würden noch ganz anders schwinden, wenn wir die chronischen Alkoholiker alle herausnehmen

könnten, die der Phthise auf alkoholischer Basis erlegen sind.“ Diese Fälle, die an sich ja nicht in die Untersuchungsfälle hineingehören, wurden deswegen nicht von Florschütz daraus entfernt, um den Vorwurf zu entgehen, daß an einem ganz besonders ausgesuchten Tuberkulosematerial die Untersuchungen vorgenommen seien. Für die genuine Phthise — so folgert Florschütz — ist die minderwertige Konstitution ein entscheidendes Moment der Erkrankung. Für die Beurteilung der Konstitution ist weniger das Brustmaß als das Bauchmaß und das Gewicht heranzuziehen. „Sie ist nicht das einzige Moment, wie sie nicht das absolut die Phthise nach sich ziehende Moment ist, aber sie hebt sich deutlich über die anderen disponierenden Faktoren heraus, die sich erst um sie gruppieren und oft erst im Zusammenhang mit ihr ihre Bedeutung erhalten.“ In welchem Verhältnis die Konstitution zur Heredität steht, zeigt deutlich die nächste von Florschütz aufgestellte Tabelle (Tabelle S. 493 oben), welche die mit Tuberkulose Belasteten unter den an Tuberkulose Gestorbenen und unter den Vergleichspersonen aufzählt. Der Vergleich der Prozentsätze zeigt deutlich, daß es eine Erblichkeitsfrage in der Tuberkuloseätiologie tatsächlich gibt.

Aus der Tabelle S. 493 unten, die die durchschnittlichen Abweichungen der beobachteten Gewichte und Maße von den normalen enthält, geht hervor, daß die Abweichungen nach der negativen Seite auch bei den Belasteten (2) vorhanden

Häufigkeit der verschiedenen beobachteten Abweichungen von den normalen Maßen und Gewichten. (Nach Florschütz.)

Abweichung	Für die Vergleichspersonen				Für die an Tuberkulose Gestorbenen			
	Brust		Bauch	Gewicht	Brust		Bauch	Gewicht
	eingeatmet	ausgeatmet			eingeatmet	ausgeatmet		
	Von je 100 Fällen zeigten die nebenstehende Abweichung (Fälle):							
— 34 bis — 32	—	—	—	—	—	—	—	—
— 31 „ — 29	—	—	—	—	—	—	0,1	—
— 28 „ — 26	—	—	—	—	—	—	—	0,4
— 25 „ — 23	—	—	0,3	—	—	—	0,4	0,4
— 22 „ — 20	—	—	0,5	0,4	0,1	0,1	1,3	0,6
— 19 „ — 17	0,1	0,2	1,3	0,2	0,2	0,2	3,5	1,8
— 16 „ — 14	0,4	0,4	4,0	2,2	1,2	1,2	5,6	3,2
— 13 „ — 11	3,3	3,3	5,5	4,6	3,7	4,0	9,0	9,4
— 10 „ — 8	5,6	6,4	9,3	9,0	11,8	11,8	15,2	12,8
— 7 „ — 5	14,0	13,2	12,2	11,4	19,1	17,9	16,1	18,5
— 4 „ — 2	19,3	19,6	14,3	17,7	22,5	21,7	14,9	17,0
— 1 „ — 0	19,4	20,5	12,7	15,4	20,3	19,4	11,4	15,1
2 „ 4	16,3	14,8	12,1	13,7	11,1	12,6	7,8	9,0
5 „ 7	10,6	9,5	8,4	8,8	5,4	6,4	5,4	4,8
8 „ 10	6,5	6,6	6,8	6,8	2,7	2,5	3,5	2,8
11 „ 13	1,9	2,7	5,6	3,8	0,9	1,5	2,3	1,6
14 „ 16	1,6	1,4	3,4	2,6	0,5	0,2	1,2	1,0
17 „ 19	0,3	0,7	2,1	2,0	0,2	0,3	1,5	0,6
20 „ 22	0,3	0,2	0,9	0,8	0,1	—	0,1	0,2
23 „ 25	0,4	0,3	0,5	0,2	—	0,1	0,2	—
26 „ 28	—	0,2	0,5	0,2	0,2	—	0,4	0,4
29 „ 31	—	—	0,2	0,2	—	0,1	—	0,2
32 „ 34	—	—	0,3	—	—	—	0,1	0,2
35 „ 37	—	—	0,1	—	—	—	—	—
38 „ 40	—	—	—	—	—	—	—	—
41 „ 43	—	—	—		—	—	—	—
44 „ 46	—	—	0,1		—	—	—	—
47 „ 49	—	—	—		—	—	—	—
50 „ 52		—	—	—		—	—	—
Zusammen:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

sind. Sie sind aber geringer als bei 1, sie sind also besser als diese ausgelesen worden, weil hier noch ein Faktor mehr, nämlich die Erblichkeit, mit in Rechnung gezogen werden konnte. Aus dem Vergleich der belasteten Tuberkulosefälle mit den belasteten Vergleichsfällen ergibt sich die Bedeutung der Konstitution in der Auslese der Tuberkulose. „Denn nur eine Antwort ist hier auf die Frage, warum sind jene Belasteten gestorben und nicht auch diese, möglich, nur die, weil diese ganz anders, ganz erheblich besser konstituiert waren, weil sie nicht wie jene die Konstitutionsminderwertigkeiten ererbt oder, wie wir ohne Schaden für die Auslese auch sagen können, frühzeitig erworben hatten."

Diese bedeutsamen Feststellungen von Florschütz wurden von anderer Seite nachgeprüft, insbesondere von Mollwo, dem Revisionsarzt der Lübecker Lebensversicherungsgesellschaft. Er fand die Ergebnisse von Florschütz bestätigt und leitete für die ärztliche Auslese aus ihnen folgende Leitsätze ab: „Es gibt eine Disposition zur Tuberkulose, die ziffernmäßig auszudrücken ist. Der minderwertige Bau ist nicht Folgeerscheinung, sondern Begünstigung zur Tuberkulose. Allgemeine Minderwertigkeit der Maße der Untersuchten gibt den ersten und besten Fingerzeig für die Auslese. Erblichkeit ist dann vorhanden, wenn sie sich in mangelhafter Ausbildung des Körpers in einer durch die Maße bestimmbaren Minderwertigkeit zeigt, und endlich, Infektion ist Zufall; die Entwicklung der Tuberkulose ist nicht so sehr vom Zufall abhängig, sondern läßt sich schon ziemlich genau verfolgen, und das in erster Linie begünstigende Moment ist die Konstitution."

Häufigkeit der verschiedenen beobachteten Abweichungen von den normalen Maßen und Gewichten. (Nach Florschütz.)

Abweichung	Für die an Tuberkulose Gestorbenen ausschließlich derjenigen, die bei der Aufnahme einem Alkoholberuf angehörten			
	Brust		Bauch	Gewicht
	eingeatmet	ausgeatmet		
Von je 100 Fällen zeigten die nebenstehende Abweichung (Fälle):				
— 34 bis — 32	—	—	—	—
— 31 „ — 29	—	—	—	—
— 28 „ — 26	—	—	—	0,3
— 25 „ — 23	—	—	0,2	0,3
— 22 „ — 20	—	—	1,1	0,3
— 19 „ — 17	0,2	0,1	3,9	2,1
— 16 „ — 14	1,3	1,3	6,7	3,3
— 13 „ — 11	4,4	4,6	9,8	9,9
— 10 „ — 8	13,2	13,1	15,9	12,6
— 7 „ — 5	21,1	19,7	16,2	18,9
— 4 „ — 2	21,4	22,0	14,8	18,6
— 1 „ — 1	19,0	17,6	12,4	15,9
2 „ 4	10,8	12,2	7,2	7,4
5 „ 7	5,5	5,5	4,8	4,1
8 „ 10	1,5	2,3	3,1	2,7
11 „ 13	0,9	1,2	1,7	1,2
14 „ 16	0,4	0,2	0,6	0,9
17 „ 19	0,1	0,1	1,1	0,9
20 „ 22	0,1	—	0,1	0,3
23 „ 25	—	—	0,2	—
26 „ 28	0,1	—	0,2	—
29 „ 31	—	0,1	—	0,3
32 „ 34	—	—	—	—
35 „ 37	—	—	—	—
38 „ 40	—	—	—	—
41 „ 43	—	—	—	—
44 „ 46	—	—	—	—
47 „ 49	—	—	—	—
50 „ 52	—	—	—	—
Zusammen:	100,0	100,0	100,0	100,0

Personen, in deren Heredität Tuberkulose angegeben war. (Nach Florschütz.)

Das Vorkommen von Tuberkulose in der Heredität war angegeben	a) Unter den an Tuberkulose Gestorbenen		b) Unter den Vergleichspersonen	
	Zahl	In Proz. der Gesamtzahl der an Tuberkulose Gestorbenen (1428)	Zahl	In Proz. der Gesamtzahl der Vergleichspersonen (1428)
für Väter	82	5,7	41	2,9
„ Mütter	79	5,5	35	2,5
„ Geschwister	253	17,7	145	10,2
„ die weitere Familie	21	1,5	2	0,1
„ Vater und Mutter	8	0,6	4	0,3
„ Vater und Geschwister	39	2,7	9	0,6
„ Mutter und Geschwister	30	2,1	16	1,1
„ Geschwister und weitere Familie	2	0,1	1	0,1
Überhaupt:	514	—	253	—

Durchschnittliche Abweichungen der beobachteten Maße und Gewichte von den normalen. (Nach Florschütz.)

	Brust eingeatmet		Brust ausgeatmet		Bauch		Gewicht	
	Anzahl der Fälle	Durchschnittliche Abweichungen	Anzahl der Fälle	Durchschnittliche Abweichungen	Anzahl der Fälle	Durchschnittliche Abweichungen	Anzahl der Fälle	Durchschnittliche Abweichungen
A. An Tuberkulose Gestorbene:								
1. An Tuberkulose Gestorbene überhaupt	1247	— 2,4	1231	— 2,2	1182	— 4,0	496	— 3,5
2. Personen, in deren Heredität Tuberkulose angegeben war	457	— 2,2	450	— 1,9	431	— 4,0	169	— 3,5
B. Vergleichsfälle:								
1. Vergleichspersonen überhaupt	1244	— 0,04	1226	0,01	1180	0,08	500	0,06
2. Vergleichspersonen, in deren Heredität Tuberkulose angegeben war	227	— 0,03	223	— 0,1	216	— 0,4	94	— 0,5

Hinsichtlich der *Disposition zur Tuberkulose* ist festgestellt, daß ein Individuum aus tuberkulöser Familie, aber ohne selbst den Habitus phthisicus aufzuweisen, seltener an Tuberkulose erkrankt als ein mageres Individuum aus nicht tuberkulöser Familie. — Morsch (zitiert in Haehner, Lebensversicherungsmedizin) gibt an, daß der Prozentsatz der Sterbefälle infolge von Tuberkulose in bezug auf alle Sterbefälle betrug:

Alter	Bei Menschen mit einem Gewicht	
	über dem Normalen aus tuberkulosen Familien	unter dem Normalen aus nicht tuberkulosen Familien
Unter 10 Jahren	25,0	41,1
30—39 Jahre	11,3	19,1
40—49 „	6,7	10,7
50 „	3,5	9,3

„Die hereditär Belasteten, die nicht an Tuberkulose gestorben sind, weisen also einen geringeren Grad von Magerkeit auf, haben somit eine stärkere Konstitution gegenüber der Tuberkulose als diejenigen, welche trotz fehlender heriditärer Belastung an Tuberkulose gestorben sind. Dieser stärkeren Konstitution haben die hereditär Belasteten es zu danken, daß sie nicht an Tuberkulose sterben.“ Bange weist in Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 175, H. 2 darauf

hin, daß auch der Alkoholismus der Eltern eine angeborene Empfänglichkeit für Tuberkulose verursacht.

Welche Bedeutung die *Länge und das Gewicht des Menschen als Kennzeichen seiner Konstitution* haben, mit anderen Worten, in welchem Maße sie auf eine bestimmte Empfänglichkeit für Krankheiten oder Krankheitsgruppen hinweisen, geht aus der folgenden Tabelle hervor (gekürzt entnommen aus der Medico-Acturial Mortality Investigation Bd. 2). Bei den Beleibten sind es vor allem die Apoplexie, Herzkrankheiten, Leber- und Nierenkrankheiten, die als Todesursachen auftreten, während die Tuberkulose, die unter den Mageren ihre Opfer findet, ihre Macht gegenüber den Korpulenten größtenteils verloren hat. Die Häufigkeit der malignen Tumoren und der Pneumonie ist ungefähr dieselbe. Dies gilt auch für Appendicitis, Typhus, Selbstmord und Unfälle (hier nicht aufgenommen — Kongreß von Versicherungsärzten zu Berlin 1906).

In diese Tabelle sind die Männer mit mehr als 22,5 kg Übergewicht, also sehr korpulente Personen aufgenommeu. Eine Übersicht von Dr. Moses aus den Erfahrungen der Viktoria (man beachte hierbei, daß dies alles Männer sind, die nach einer ärztlichen Untersuchung für gut befunden wurden, sog. Standard-Lives) ergibt die gleichen Resultate auch für geringere Grade von Beleibtheit." (Aus: Lebensversicherungsmedizin, Dr. A. Haehner, Berlin 1925.)

Sterblichkeit nach Gewicht und Lebensalter.

Lebensalter bei Abschluß der Versicherung		Jährliche Sterblichkeit pro 10 000		
		Männer mit einem Gewicht von 22,5 kg und mehr über das normale	Männer mit normalem Gewicht	Männer mit einem Gewicht von 11,3 kg unterhalb des normalen
Tuberkulose	15—29 Jahre	2,3	10,6	21,5
	30—44 „	1,8	8,2	16,5
	üb. 45 „	2,3	8,4	19,5
Krebs	15—29 „	0,9	1,0	0,8
	30—44 „	3,7	3,2	2,4
	üb. 45 „	15,6	14,4	12,0
Diabetes	15—29 „	1,5	0,6	0,7
	30—44 „	5,9	1,2	0,5
	üb. 45 „	13,6	2,8	0,6
Apoplexie	15—29 „	2,6	1,0	0,7
	30—44 „	11,4	4,1	2,3
	üb. 45 „	39,7	21,2	11,2
Herzkrankheiten	15—29 „	4,9	1,4	1,5
	30—44 „	11,8	4,0	2,9
	üb. 45 „	38,4	19,9	12,8
Pneumonie	15—29 „	4,5	3,6	4,3
	30—44 „	8,4	6,3	8,5
	üb. 45 „	15,1	15,8	20,1
Lebercirrhose	15—29 „	1,3	0,3	0,1
	30—44 „	3,8	1,0	0,3
	üb. 45 „	6,7	3,3	1,2
Nierenkrankheiten	15—29 „	6,3	1,9	1,6
	30—44 „	16,2	4,9	3,0
	üb. 45 „	37,4	17,9	9,7

Für verschiedene Berufe ist ein bestimmter Körperbau typisch, so z. B. für Schneider und Schlächter. Macaulay (Assurance magazine Bd. 23) errechnete das durchschnittliche Körpergewicht bei:

Metzgern . . . . . 76,72 kg	Advokaten . . . . 72,55 kg	Apothekern . . . . 67,11 kg
Hotelbesitzern . . 75,57 „	Handelsreisenden . 71,74 „	Schuhmachern . . . 67,06 „
Geistlichen . . . . 74,15 „	Schmieden . . . . 70,27 „	Bureauangestellten . 66,65 „
Bauern . . . . . 72,91 „	Kaufleuten . . . . 69,64 „	Schneidern . . . . 65,65 „
Ärzten . . . . . 72,76 „	Lehrern . . . . . 68,66 „	

Auf die Frage, welcher Zusammenhang zwischen Gewicht, Lebensalter und Lebensdauer besteht, gibt uns auch die Medico-Acturial Mortality Investigation eine treffliche Antwort. Aus der beträchtlichen Zahl von 221819 Beobachtungen geht hervor, daß das prozentuale Verhältnis der wirklich zu erwartenden Sterblichkeit betrug:

Lebensalter, Gewicht und Sterblichkeit.

Lebensalter bei Abschluß der Versicherung	Abweichung von dem Durchschnittsgewicht in kg												
	− 15 bis − 21	− 10 bis − 15	− 6 bis − 10	− 3 bis − 6	− 1 bis − 3	+ 1 bis − 1	+ 1 bis + 3	+ 3 bis + 6	+ 6 bis + 10	+ 10 bis + 15	+ 15 bis + 21	+ 21 bis + 28	+ 28 bis + 41
20—24 Jahre	135	127	115,5	107	105,5	104	102	99	97	102	104	110	125
25—29 „	122	116	108,5	102	101	100	99	97,5	96,5	104	108	116	132
30—34 „	112,5	108	102,5	98	97,5	97	96,5	96	97	109	118,5	131	149
35—39 „	105	101	97,5	94,5	95	95	96	96,5	101	112,5	133	151	172
40—44 „	99	95,5	93	91,5	93	94	96,5	97	108	115	141	157	181
45—49 „	93,5	91	89,5	89,5	91,5	93,5	97,5	100	112	116,5	139	155	178
50—53 „	88,5	88	87	88,5	90,5	94,5	99	102	112,5	116,5	132	150,5	172
54—56 „	86	86	86	88	90,5	95,5	99,5	102,5	112	116	122	142	162
57—59 „	86	86	86	88	90,5	95,5	99,5	102	111,5	114,5	117,5	134	153
60—62 „	86	86	86	88	90	95	98,5	101	110,5	112,5	114	130	148

Aus diesen Angaben geht hervor, daß 1. Magerkeit eine um so ungünstigere Bedeutung hat, je jünger das Individuum ist; 2. daß Dickleibigkeit gefährlicher ist im späteren Alter und — bezüglich der erheblichen Grade von Fettsucht — vor allem in mittleren Alter, während der schädigende Einfluß nach dem 45. Jahre wieder nachläßt.

Das *Alter*, insbesondere die Pubertät, hat für die Berufswahl große Bedeutung. Durch den in der Pubertät außerordentlich gesteigerten Stoffwechsel und den physiologischen Umschwung im Körper entsteht leichte Ermüdbarkeit. Diese erklärt manche Eigentümlichkeiten, Hemmungen und Störungen, manchen scheinbaren Verlust der Begabung. Ruttmann führt aus: „Das Alter ist die einfachste Staffel der Leistungskraft. Dabei kann füglich ein Unterschied gemacht werden zwischen physischen, psychischen und moralischen Leistungen. Daß alle drei Arten in der Zeit der Entwicklung von der Geburt bis zur Reife nur teilweise als Leistungen bezeichnet werden können, liegt im Wesen des sich entwickelnden Menschenkindes. Von Interesse ist aber dabei, wann beim Individuum die Durchschnittshöhe erreicht wird und wie es um positive oder negative Ausnahmeformen bestellt ist. Die sich im wachsenden Kulturstrome steigernden Anforderungen an das Einzelwesen sind fortwährend bestrebt, den Termin der beginnenden Arbeit mehr gegen das Jugendalter hin zu verschieben. Wenngleich in den höheren Berufen heute wie vor Jahrhunderten die eigentliche Berufstätigkeit — aber nicht wie ehedem zum Zwecke größerer Reife, sondern vor allem infolge des Andranges der verhältnismäßig großen Zahl von Suchenden gegenüber den vorhandenen Arbeitsplätzen — erst lange nach der physischen und psychischen Reife anfängt, so muß doch andererseits die Tatsache hervorgehoben werden, daß heute die größere Zahl der Kulturmenschen früher zu Verdienst und Beruf gezwungen ist als ehedem. Dies gilt nicht nur für das männliche, sondern in verstärktem Maße für das weibliche Geschlecht".

Bei der gegenüber den höheren Altersklassen an sich schon erhöhten Erkrankungshäufigkeit der Jugendlichen zeigen die weiblichen Jugendlichen im Vergleich mit den gleichaltrigen männlichen Jugendlichen eine weitere Erhöhung der Erkrankungshäufigkeit (s. folgende Tabellen auf S. 496).

Die in der Säuglings- und Kleinkinderzeit gebotene *Ernährung* ist *oft maßgebend für die spätere Arbeitskraft*. Daher ist bei der Berufsberatung festzustellen, ob der Anwärter natürlich oder künstlich ernährt wurde. — Die Anstrengung des Saugens an der Mutterbrust gegenüber dem leichten Saugen an der Flasche

Erhöhte Erkrankungshäufigkeit der jugendlichen Arbeiter nach der Leipziger Ortskrankenkassen-Statistik. (Aus: Koelsch, Allgemeine Gewerbepathologie S. 233.)

Berufsgruppe		Krankheitsfälle auf 100 Mitglieder			Krankheitstage auf 1 Mitglied		
		Altersklasse in Jahren					
		15—19	20—24	25—29	15—19	20—24	25—29
1. Verfertigung von musikalischen und Zeitmeßinstrumenten	männlich	42,6	34,2	30,6	7,5	6,9	6,7
	weiblich	42,4	46,4	54,9	7,9	10,3	14,2
2. Metallverarbeitung	männlich	53,5	46,7	43,4	8,1	7,8	8,2
	weiblich	45,0	58,9	68,7	8,3	12,2	16,7
3. Papierindustrie	männlich	42,3	39,9	36,0	7,3	8,3	8,5
	weiblich	43,0	51,3	38,2	8,7	12,0	15,7
4. Polygraphisches Gewerbe	männlich	37,8	34,8	32,1	6,5	8,2	8,5
	weiblich	42,2	47,3	52,1	8,5	11,2	13,9
5. Steinbearbeitung	männlich	54,0	46,9	48,5	7,9	7,4	10,9
	weiblich	—	—	—	—	—	—
6. Textilindustrie	männlich	41,1	35,2	39,4	6,6	6,3	7,1
	weiblich	44,3	54,6	65,7	8,6	11,7	15,9
7. Zement- und Kalkindustrie	männlich	59,0	55,8	57,3	9,1	8,4	9,7
	weiblich	—	—	—	—	—	—
8. Schlosser	männlich	53,0	44,1	39,6	7,8	7,3	7,9
	weiblich	—	—	—	—	—	—
9. Zink-, Stahl- und Kupferdrucker	männlich	41,6	28,2	28,6	7,0	5,4	5,8
	weiblich	—	—	—	—	—	—
10. Versicherungspflichtige Mitglieder aller Berufe insgesamt	männlich	37,3	35,4	35,5	6,2	6,6	7,0
	weiblich	35,4	40,4	46,3	7,5	9,5	12,1

Erhöhung der weiblichen Erkrankungshäufigkeit verglichen mit der gleichaltrigen männlichen. (Berechnet aus Koelsch: Allgemeine Gewerbepathologie. Statistik der Leipziger Ortskrankenkasse.)

\+ = Erhöhung der weiblichen Ziffer gegenüber der männlichen,
— = Erhöhung der männlichen Ziffer gegenüber der weiblichen.

Berufsgruppe	Krankheitsfälle auf 100 Mitglieder			Krankheitstage auf 1 Mitglied		
	Altersklasse in Jahren					
	15—19	20—24	25—29	15—19	20—24	25—29
1. Verfertigung musikalischer und Zeitmeßinstrumente	— 0,2	+ 12,2	+ 24,3	+ 0,4	+ 3,4	+ 7,5
2. Metallverarbeitung	— 8,5	+ 12,2	+ 25,3	+ 0,2	+ 4,4	+ 8,5
3. Papierindustrie	+ 0,7	+ 12,3	+ 22,2	+ 1,4	+ 3,7	+ 7,2
4. Polygraphisches Gewerbe	+ 4,4	+ 12,5	+ 20,0	+ 2,0	+ 3,0	+ 5,4
5. Textilindustrie	+ 3,2	+ 19,4	+ 26,3	+ 2,0	+ 5,4	+ 8,8
6. Versicherungspflichtige Mitglieder aller Berufe zusammen	— 1,9	+ 5,0	+ 10,8	+ 1,3	+ 2,9	+ 5,1

trägt zur Entwicklung kräftiger Lungen bei; künstlich Ernährte sind prädisponiert zur Rachitis und neigen zu früher Arbeitsunfähigkeit.

Auch der Einfluß der *Familienverhältnisse* auf die Berufsarbeit darf nicht unterschätzt werden. Ruttmann sagt: „Die Familie ist der ewige Nährquell des gesellschaftlichen Lebens, und in ihr werden die Kräfte geweckt und gebaut, die eine wahre Grundlage der „Berufsarbeit' bilden." — In diesem Zusammenhang ist auch der Einfluß der *Unehelichkeit* auf die Arbeitswahl zu besprechen: Unehelichkeit und geringe Erziehungsfürsorge gehen meist Hand in Hand. Dazu kommt das den Unehelichen unverschuldetermaßen anhaftende gesellschaftliche Odium. Die Berufsstatistiken ergaben für die Unehelichen eine größere Anzahl von ungelernten Arbeitern gegenüber dem entsprechenden Verhältnis ehelicher Abstammung. Das uneheliche Kind erhält — durch die Versuche der Mutter, die Mutterschaft möglichst lange zu ver-

heimlichen — nur in wenigen Fällen eine normale Erbmasse als Muttergut. Durch die ungünstige wirtschaftliche Lage der unehelichen Mutter, durch das Fehlen notwendiger sozialer Unterstützungen kommt es zu ungünstiger Entwicklung vorhandener Anlagen, was eine Rückwirkung auf den zu ergreifenden Beruf ausüben wird.

Zum Sollzustand der Gesundheit für einen Beruf wurde schon oben bei Besprechung der Grundlagen der Berufsberatung ausgeführt, daß wir es hier mit einem erst noch näher zu erforschenden Gebiet zu tun haben.

Dieses Thema ist von besonderer Bedeutung für den Arzt am Arbeitsnachweis. Seine Erfahrungen kommen der ärztlichen Berufsberatung Jugendlicher ganz besonders zugute. Um Material auf diesem Gebiete sammeln zu können, habe ich mir einen *Fragebogen* aufgestellt, den ich im folgenden mitteilen möchte, um dem Arzt das Arbeiten auf dem Gebiet der Berufskunde zu erleichtern. Den einzelnen Fragen habe ich Erläuterungen beigefügt, um die Fragestellung deutlicher zu machen.

Fragebogen.

Ist ein Arbeitsloser bei Gegenwart eines oder mehrerer der nachbezeichneten körperlichen Fehler und Gebrechen *in seinem bisherigen Beruf* noch voll arbeitsfähig oder nur noch für bestimmte Arbeitsverrichtungen und evtl. welche verwendbar oder völlig untauglich und berufsumleitungsbedürftig und evtl. in welche nächstähnliche Beschäftigung?

I. *Allgemeine Leistungsfähigkeitsverminderung des Körpers ohne anderweitige Fehler:*
   a) gegenüber gleichaltrigen Berufsgenossen stärker verminderte Leistungsfähigkeit des Körpers;
   b) bleibende Schwäche des ganzen Körpers oder mehrerer wichtigster Teile, Verkrüppelung oder Mißgestaltung, Abgestumpftheit durch Altersabnutzung.

II. *Chronische Erkrankungen der Haut.*
   1. Chronisches Ekzem
      des Kopfes und Gesichtes (0—50%, je nach Sitz, Ausdehnungsgrad und Beruf);
      des Handrückens (0—30%);
      der Handfläche (20—60%, insbesondere bei Hauteinrissen).
   2. Talgdrüsenentzündung
      des Gesichts;
      anderer Körperteile.
   3. Frostbeulen:
      a) geringen Grades (0—10%);
      b) stärkeren Grades (20—30%);
      c) mit Beeinträchtigung des Tastsinnes (20—50%);
      d) an den Füßen:
         1. geringeren Grades;
         2. mit Gehstörung.
   4. Übermäßige Schweißabsonderung:
      a) der Hände;
      b) der Füße (Stinkschweiß).
   5. Tuberkulose der Haut:
      a) des Gesichts (Lupus):
         1. geringen Grades,
         2. entstellend,
         3. infektiös.
      b) anderer Körperstellen.

III. *Narben:*
   a) welche die Gebrauchsfähigkeit eines Körperteils wesentlich beeinträchtigen (z. B. der Arme, Hände, Beine);
   b) sehr umfangreiche oder mit dem Knochen verwachsene Narben, welche die Gebrauchsfähigkeit des betreffenden Körperteils stark behindern oder stark entstellen.

IV. *Chronischer Rheumatismus.*
   A. Muskelrheumatismus:
      1. leichte Fälle (15—30%),
      2. mittlere Fälle (30—50%),
      3. schwere Fälle (50—70%).

B. Gelenkrheumatismus:
1. leichte Fälle (15—30%),
2. mittlere Fälle (30—50%),
3. schwere Fälle (50—80%).

V. *Augenerkrankungen.*

A. Erkrankungen und Verletzungen:
1. Chronische Erkrankung der Augenlider und der Bindehaut:
a) ohne Komplikation (0—20%).
Kompliziert durch Mitbeteiligung der Hornhaut und dadurch bedingte Herabsetzung der Sehschärfe, welche auch den Grad der Erwerbsverminderung bestimmt.
2. Chronische Erkrankungen der Tränenwege:
a) geringen Grades (0—20%),
b) höheren Grades (10—20%).
3. Trachom.

B. Augenmuskelerkrankungen.
1. Unheilbare Lähmungen der Lidheber:
a) einseitig:
1. leichten Grades (0%),
2. höheren Grades (25%);
b) doppelseitig:
1. leichten Grades (20%),
2. höheren Grades (75%).
2. Erkrankungen des Augenbewegungsapparates (15—25%):
a) Schielen leichten Grades,
b) Schielen höheren Grades,
c) Doppelsehen,
d) Augenzittern.
3. Trübungen der Hornhaut, der Linse oder des Glaskörpers, krankhafte Veränderungen der Netzhaut, Aderhaut, Sehnerven.
Beurteilung nach der Herabsetzung der Sehschärfe, peripheren und zentralen Gesichtsfeldeinengung und subjektiven Beschwerden (Lichtscheu, Blendung, Schmerzen).
4. Linsenlosigkeit (Aphakie):
a) einseitig, durch Gläser korrigierbar, 20%,
b) doppelseitig:
1. mit guter Sehschärfe 40—50%,
2. mit schlechter Sehschärfe 50—60% und höher, je nach dem Grade der Sehschärfe.

C. Verminderung der Sehschärfe.

	Für nicht qualifizierte Berufe mit optisch niedrigen Ansprüchen	Für qualifizierte Berufe mit optisch hohen Ansprüchen
I. Ein Auge normal, das andere herabgesetzt		
a) bis auf $^6/_{18}$ . . .	5%	10%
b) „ „ $^6/_{24}$ . . .	10%	15%
c) „ „ $^6/_{36}$ . . .	15%	20%
d) „ „ $^6/_{60}$ . . .	15%	20%
e) unter $^6/_{60}$ . . .	25%	30%
II. Beide Augen gleichartig herabgesetzte Sehschärfe		
a) bis auf $^6/_{12}$ . . .	10%	20%
b) „ „ $^6/_{18}$ . . .	15%	25%
c) „ „ $^6/_{24}$ . . .	30%	40%
d) „ „ $^6/_{36}$ . . .	45%	60%
e) „ „ $^6/_{60}$ . . .	60%	80%
f) unter $^6/_{60}$ . . .	90—100%	100% (hilflos)

III. Verschiedenartige Herabsetzung der Sehschärfe beider Augen 1:
a) solange die Sehschärfe auf dem besseren Auge mehr als $^1/_2$ beträgt (nach Gläserkorrektur);
b) wenn sie auf dem besseren Auge nur die Hälfte oder weniger, aber mehr als $^1/_4$ der normalen beträgt;

c) auf dem besseren Auge auf $^1/_4$ der normalen und mehr herabgesetzt, ebenso ist Nachtblindheit zu beurteilen.

IV. Erblindung oder Verlust eines Auges:
1. das andere normal,
2. mit Herabsetzung der Sehschärfe auf dem anderen; und zwar:

a) bis auf $^6/_{12}$	30%	40%
b) „ „ $^6/_{18}$	35%	45%
c) „ „ $^6/_{24}$	45%	55%
d) „ „ $^6/_{36}$	55%	65%
e) „ „ $^6/_{60}$	70%	80%
f) unter $^6/_{60}$	100%	100% (hilflos)

V. Völlige Erblindung oder Verlust beider Augen.

D. Farbenuntüchtigkeit:
a) Farbenschwäche,
b) Farbenblindheit.

VI. *Ohrerkrankungen.*
A. Schwerhörigkeit,
1. einseitige:
a) leichten Grades,
Hörschärfe des einen Ohres bis zu 1 m, des anderen von mindestens 6 m. Die Hörschärfe bezieht sich auf akzentuierte Flüstersprache;
b) stärkeren Grades oder einseitige Taubheit (5—20%),
Hörschärfe des einen Ohres unter 1 m, des anderen von mindestens 6 m.
2. beiderseitige:
a) leichten Grades (5—20%),
Hörschärfe auf dem einen Ohr mindestens 4 m, auf dem anderen unter 4 m;
b) stärkeren Grades.
Hörschärfe auf dem einen Ohr mindestens 1 m, auf dem anderen unter 1 m.

B. Taubheit,
1. einseitige:
a) leichten Grades (20—25%),
Hörschärfe des anderen Ohres unter 4 m;
b) stärkeren Grades (30—40%),
Hörschärfe des anderen Ohres unter 1 m.
2. beiderseitige (40—60%).

VII. *Beschädigung der Nase.*
A. Verunstaltung oder Fehlen der äußeren Nase:
1. ohne Komplikation (0—30%),
je nach Grad, Sitz der Prothese und Beruf;
2. kompliziert durch dauernde übelriechende Absonderungen (0—10%).

B. Narbenbildungen und Verwachsungen der inneren Nase sowie Nasenwandverbiegungen:
1. ohne Beeinträchtigung der Nasenatmung (0%),
2. mit Beeinträchtigung der Nasenatmung (10—30%),
3. mit Beeinträchtigung des Geruchs und Geschmacks.

VIII. *Sprach- und Stimmstörungen.*
A. infolge Veränderung in der Mund- und Rachenhöhle:
1. ohne wesentliche Störung der Verständlichkeit (0—20%);
je nach Grad und Beruf.
2. mit wesentlicher Störung der Verständlichkeit (20—50%);
Nach Grad und Beruf.

B. Stimmstörung infolge Narbenbildung oder Lähmung:
1. leichte oder zeitweilige Heiserkeit, Ermüdbarkeit (0—20%);
je nach Beruf.
2. Starke Störungen bis zur Stimmlosigkeit (20—60%);
je nach Beruf.

C. Geringes Stammeln bei anderweitig fehlerloser Sprache.
D. Stärkeres Stottern.
E. Stummheit und Taubstummheit.
F. Notwendigkeit des dauernden Tragens einer Kanüle in der Luftröhre:
1. mit erhaltener Stimmfunktion (40—60%),
2. mit fehlender Stimmfunktion (60—80%).

IX. *Schiefheit des Halses und Störungen der Bewegungsfähigkeit.*
Entstellt und beeinträchtigt die zu grober Arbeit notwendige Kraftentfaltung.
1. muskulären Ursprungs (20—30%);

2. als Folge von Halswirbelerkrankungen (bis $66^2/_3$—100%):
   a) in bekleidetem Zustand nicht auffallende Schiefheit des Halses ohne Beeinträchtigung,
   b) auffallende Schiefheit mit Störung der Bewegungsfähigkeit.

X. *Verkrümmung der Wirbelsäule.*
   A. Geringe seitliche Abweichungen und Mangel der normalen Krümmung der Wirbelsäule ohne Beeinträchtigung ihrer Beweglichkeit.
   B. Krümmung der Wirbelsäule (50—100%):
      1. ohne Störungen der Bewegungsfähigkeit,
      2. mit die Beweglichkeit störenden bedeutenden Verkrümmungen oder anderweitigen Fehlern der Wirbelsäule.

XI. *Unterleibsbrüche.*
   1. Durch Bandagen zurückhaltbare:
      a) einseitige Leisten- und Schenkelbrüche (10%),
      b) doppelseitige Leisten- und Schenkelbrüche (15%),
      c) Bauchbrüche nach Operation (30—50%);
   2. Nicht zurückhaltbare:
      a) kleinere Leisten- und Schenkelbrüche (20—50%),
      b) Bauchbrüche, große, evtl. mit Verwachsungen ($66^2/_3$—100%).

XII. *Chronischer Mastdarmvorfall, unheilbare Mastdarmfisteln.*
   1. Kleine Mastdarmschleimhautvorfälle, nur bei Stuhlgang in geringem Grade auftretend und nicht zu gröberen Schleimhautveränderungen (Blutungen) führend (15—20%).
   2. Tritt der Mastdarm ohne Inanspruchnahme der Bauchpresse von selbst hervor, ist dauerndes Tragen einer Bandage erforderlich und Verrichtung schwerer Arbeit ausgeschlossen (50% und mehr).
   3. Vorfall mit schweren Veränderungen der Mastdarmwand (50—100%).

XIII. *Verlust von Gliedmaßen oder Gliedteilen.*
   A. Arm.
      1. Verlust beider Arme: 100%.
      2. Verlust eines Armes: rechts 80%, links 70%.
      3. Verlust des Vorderarmes:
         a) ganz: rechts 70%, links 60%;
         b) teilweise:
            1. die unteren zwei Drittel: rechts 60%, links 55%;
            2. das untere Drittel: rechts 60%, links 55%.
   B. Hand.
      1. Verlust der ganzen Hand: rechts 70%, links 60%.
      2. Verlust aller Finger: rechts ?%, links ?%.
      3. Verlust aller Finger mit Ausnahme des Daumens: rechts 60%, links 50%.
   C. Verlust einzelner Finger.
      1. Verlust des Daumens:
         a) einschließlich seines Mittelhandknochens: rechts 40%, links 30%;
         b) des Daumens allein: rechts 35%, links 25%;
         c) eines Daumengliedes: rechts 15%, links 10%.
      2. Verlust des Zeigefingers:
         a) allein: rechts 20%, links 15%;
         b) End- und Mittelgliedes: rechts 10%, links 10%;
         c) Nagelgliedes: rechts 10%, links 0%.
      3. Verlust des Mittelfingers:
         a) allein: rechts ?%, links ?%;
         b) End- und Mittelgliedes: rechts 10%, links 0%;
         c) Nagelgliedes: rechts 0%, links 0%.
      4. Verlust des Ringfingers:
         a) allein: rechts 10%, links 0%;
         b) End- und Mittelgliedes: rechts 5%, links 0%;
         c) Nagelgliedes: rechts 0%, links 0%.
      5. Verlust des Kleinfingers: rechts 0%, links 0%.
      6. Verlust des Beines im Hüftgelenk: 80%.
      7. Verlust des Oberschenkels: rechts 80%, links 70%.
      8. Verlust des Oberschenkels über dem Kniegelenk: rechts 70%, links 60%.
      9. Verlust beider Oberschenkel: 100%.
      10. Verlust des Unterschenkels: rechts 60%, links 50%.
         a) Amputation weniger als 10 cm unter dem Knie: rechts 70%, links 60%.
      11. Verlust des Vorfußes: einseitig 40%, beiderseits 60%.

12. Verlust aller Zehen: einseitig 40%, beiderseits 60%.
13. Verlust der großen Zehe: einseitig 40%.
14. Verlust der großen Zehe einschließlich Köpfchens des Mittelfußknochens: beiderseits 60%.
    Verlust der großen Zehe ohne Köpfchen des Mittelknochens: einseitig 10%, beiderseits 20%.
15. Verlust einzelner anderer Zehen: rechts 20%, links 0%.

XIV. *Versteifungen.*

1. Schultergelenk:
   a) ganz versteift: rechts 60%, links 50%;
   b) Heben des Armes bis zur Horizontale möglich: rechts 30%, links 20%.
2. Ellenbogen:
   a) steif in Streckstellung: rechts 50%, links 40%;
   b) steif im rechten Winkel: rechts 30%, links 25%.
3. Handgelenk:
   a) ganz steif,
   b) $^1/_2$ Faustschluß,
   c) $^1/_3$ „
   d) $^1/_4$ „
4. Daumen, versteift im Handgelenk:
   a) in günstiger Stellung: rechts 30%, links 20%;
   b) in ungünstiger Stellung: rechts 40%, links 35%;
   c) im Endgelenk: rechts 10%, links 5%.
5. Zeigefinger:
   a) versteift in allen Gelenken: rechts 20%, links 15%.
   b) im Mittel- und Endgelenk: rechts 15%, links 10%.
6. Mittelfinger:
   a) steif in allen Gelenken: rechts 20%, links 15%;
   b) steif im Mittel- und Endgelenk: rechts 15%, links 10%.
7. Zeige- und Mittelfinger:
   a) steif in allen Gelenken: rechts 35%, links 25%;
   b) steif im Mittel- und Endgelenk: rechts 20%, links 10%.

   Bei Versteifung von Finger- und Handgelenken ist weniger auf die Zählung aller versteiften Gelenke zu sehen als auf Erhaltensein von
   1. aktivem Faustschluß von $^1/_2$, $^1/_3$, $^1/_4$;
   2. Zangengriff (Quer- und seitliche Zange);
   3. Prisengriff (I, II, III);
   4. Teilfaustschluß von Daumen, Ring- und Kleinfinger;
   5. Schlüsseldrehbewegung;
   6. Zusammenarbeit beider Hände.
8. Versteifung im Hüftgelenk:
   a) Gehen, Stehen und Sitzen sehr erschwert: rechts 80%, links 60%;
   b) anhaltendes Sitzen erschwert: rechts 50%, links 30%;
   c) Gehen erschwert: rechts 50%, links 30%.
9. Kniegelenkversteifung:
   a) beiderseitig in Streckstellung: 80%;
   b) einseitig: 30%;
      1. einseitig in Streckstellung,
      2. Verminderung des Bewegungsumfanges,
      3. Versteifung in Beugestellung.
10. Versteifung des Fußgelenks:
    a) steif im rechten Winkel,
    b) Spitz-, Hacken-Klumpfußstellung.

    Besserungsfähig durch operative Korrektion.

XV. *Lähmungen.*

1. Schultermuskeln:
   a) wenn der Arm nicht gehoben werden kann: rechts 50%, links 40%;
   b) wenn der Arm bis zu 90° gehoben werden kann: rechts 30%, links 20%.
2. Lähmungen der Unterarmmuskulatur:
   a) Störungen der Empfindlichkeit (je nach Beruf): rechts 30%, links 0%;
   b) Krallenhand: rechts 50%, links 40%.
3. Lähmungen der Beine und Unterschenkel mit Gehstörung: rechts 50%, links 30%;
   a) Oberschenkel,
   b) Unterschenkel und Fuß.

XVI. *Gelenklockerungen.*
1. Schlottergelenke (durch Apparate besserungsfähig):
a) der Schulter: rechts 80%, links 40%;
b) der Hand: rechts 40%, links 20%;
c) der Hüfte: rechts 60%, links 40%;
d) Kniegelenk: rechts 60%, links 40%.

XVII. *Weichteilverluste erheblicher Art.*
1. An Schulter und Arm:
a) mit mäßiger Verminderung der Kraft des Armes: rechts 30%, links 20%;
b) mit größerer Verminderung der Kraft des Armes: rechts 50%, links 30%.
2. An Gesäß, Hüften und Beinen:
a) Gehen, Stehen und Sitzen sehr erschwert,
b) anhaltendes Sitzen sehr erschwert,
c) Gehen sehr erschwert.
3. Verkürzung der unteren Extremität:
a) bis zu 3 cm: 0%;
b) 3—5 cm: rechts 20%, links 10%;
c) über 5 cm: rechts 50%, links 20%;
1. geringere Verkürzung und ohne schwere Beschädigung;
2. mit größerer Verkürzung und schwerer Beschädigung.

XVIII. *Form- und Richtungsfehler an den Beinen* (X- und O-Beine).
a) Geringe;
b) mäßige, in bekleidetem Zustande bemerkbare, aber durch erhöhten Absatz ausgleichbare, die Gehfähigkeit nicht behindernde.

XIX. *Erweiterung der Blutadern an den Beinen.*
a) Geringe;
b) stärkere, über einen großen Teil der Gliedmaßen verbreitete Erweiterungen (Krampfadergeflechte).
c) Blutadererweiterung, welche durch Größe oder Lage den Gebrauch der Gliedmaßen erheblich stören und längeres Stehen unmöglich machen.

XX. *Unterschenkelgeschwüre.*
a) Ausgebreitete Narben von Unterschenkelgeschwüren ohne Erweiterung der Blutadern: rechts 50%, links 10%.
b) Ausgebreitete, zum Aufbruch neigende oder Hautschwellung verursachende Narben von Unterschenkelgeschwüren.
c) Veraltete Geschwüre an den Unterschenkeln, die von erweiterten Blutadern umgeben, mit Verdickung und Anschwellung der Haut oder auch mit Knochenauflagerungen verbunden sind, oder bedeutende, nach solchen Geschwüren zurückgebliebene Narben: rechts 60%, links 20%.

XXI. *Formveränderungen an den Füßen.*
a) Abnormes Hervorragen eines oder beider Fußballen infolge schiefer Richtung der Großzehe vom Mittelfußgelenk nach außen: rechts 30%, links 10%.
b) Plattfuß:
1. unkompliziert: rechts oder links 15%;
a) einseitig,
b) beiderseitig: rechts 20%, links 15%;
2. kompliziert, wiederholt rückfällig und entzündlich:
a) einseitig: rechts und links 30%,
b) beiderseitig: rechts und links 60%,
c) Klumpfuß, Spitzfuß und anderweitige Verbildungen des Fußes.

XXII. *Organische Schäden des Nervensystems.*
1. Rückenmarksschwindsucht:
a) leichten Grades: 0—20%;
Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen und Füßen, Unsicherheit beim Gehen, insbesondere im Dunkeln.
b) mittleren Grades: 20—50%;
Umfallen beim Stehen mit geschlossenen Augen und Füßen, schwerere Gehstörungen, leichte Blasen- und Mastdarmlähmungen.
c) schweren Grades: 50—100%.
Schwere Gehstörungen, Lähmungen des Magens und Darms und andere Krisen.
2. Fortschreitende Gehirnerweichung (Paralyse):
a) beginnende Form: 30—50%;
Vergeßlichkeit, leicht geschwächtes Rechnen, seltene und leichte Anfälle.

b) schwerere Fälle: 50—100%.
Mit Intelligenzdefekten, häufigen paralytischen Anfällen und Lähmungen.
3. Neurasthenie.
4. Hysterie.
5. Andere Neuropathien und Psychopathien.
6. Epilepsie:
a) leichte Fälle: 20—30%;
Anfälle mehrmals im Jahr oder des nachts ohne nachfolgende Erwerbsbeschränkung.
b) weniger leichte Fälle;
Anfälle 1—2mal wöchentlich mit nur wenige Tage dauernder Erwerbsverminderung.
c) mittelschwere Fälle: 30—50%;
Häufigere Anfälle, aber sog. kleine Anfälle mit Absencen oder Verstimmungs-, Dämmer- oder Erregungszuständen.
d) schwere Fälle: 50—100%.
Gehäufte Anfälle, sog. große Anfälle mit zunehmender Intelligenzverschlechterung und lange anhaltendem Zustand mit den oben bezeichneten Erscheinungen.

XXIII. *Geisteskrankheiten.*

Erläuterungen und Bemerkungen.

1. *Allgemeine Körperschwäche.* Unter Altersabnutzung wird verstanden das Nachlassen der Körperkräfte für alle Berufsarbeiten, so daß nur noch bestimmte Berufsarbeiten oder gar keine Arbeiten mehr im bisherigen Beruf verrichtet werden können. In zahlreichen Berufen beginnt der 50-jährige Arbeiten bestimmter Art und Schwere den 25—47-jährigen zu überlassen und seine Berufserfahrung für leichtere Arbeiten freizustellen. Daß so viele 50-jährige wie 60-jährige aussehen und arbeiten, ist vielfach begründet in früherer schwerer Jugendarbeit, Sorgen, Überanstrengung, schlechten Arbeits- und Lebensverhältnissen, Alkohol- und Tabakmißbrauch usw. Unter den Zeichen vorzeitiger Altersabnutzung (schlechtem Aussehen, Abmagerung, Muskelerschlaffung, Blutarmut) verbirgt sich gar nicht selten eine Lungentuberkulose oder ein spätsyphilitisches Herzleiden.

2. *Chronische Erkrankungen der Haut.* Reine feine glatte Haut ist für zahlreiche Berufe Vorbedingung, besonders wo es ankommt auf persönliche Dienstleistungen (Friseur, Kellner, Masseur, Krankenschwester), Repräsentation (Reisender, Gastwirt, Verkäufer, häusliche Angestellte), Herstellung und Vertrieb von Nahrungs- und Genußmitteln, empfindliches Arbeitsgut (Schneiderei, Putzmachen, Spinnen, Knüpfen). Die Zahl der chronischen gewerblichen Hauterkrankungen und der daran Leidenden ist sehr groß, die durch sie bedingte Erwerbsbeschränkung oft ganz erheblich und lange dauernd. Die Ursachen sind vielfach chemische Stoffe (Blei, Quecksilber, Anilinfarben, Gifthölzer). Die Acne ist eine Talgdrüsenentzündung, oft entstehend durch Staub (Zement bei Maurern und Bauarbeitern), Ruß (Schornsteinfeger), Schellack (Tischler, Drechsler), Öl (Metallarbeiter), in den Jünglingsjahren auch konstitutionell; die Acne wirkt sehr entstellend (Friseure, Kellner), bedingt zuweilen Hautentzündungen und Hautgeschwüre. Frostbeulen befallen meist schwach konstituierte Individuen unter Beiwirkung von kalten Räumen (Kolonialwaren, Blumen), kalten Flüssigkeiten (Wäscherinnen); infolge starken Juckens entstehen Kratzekzeme und schwer heilende Geschwüre. Schweißhände sind vielfach bedingt durch Teerfarbstoffe, Chloreinwirkung, aber auch konstitutionell; sie hindern außer bei Berufen mit persönlichen und repräsentativen Dienstleistungen da, wo das Arbeitsgut empfindlich ist (Handschuhmacher, Photographen, Elektrizitätsarbeiter, Uhrmacher, Buchbinder, weibliche Handarbeiten). Schweißfüße sind hinderlich bei persönlichen Diensten in der Nahrungs- und Genußmittelbranche, in Berufen mit vielem Stehen oder Gehen (Fabrikarbeiter, Bäcker, Köche, Tischler, Verkäufer, Lagerist) und bei Arbeitsverrichtungen in feuchter Wärme (Gerberei, Färberei).

4. *Rheumatismus* sind besonders ausgesetzt 1. Freiluftarbeiter (Seemann, Kutscher, Bote), 2. Zugluftarbeiter (Eisenbahn, Straßenbahn, Kraftwagenführer, auf Bauten tätige Arbeiter wie Maurer, Zimmerleute, Maler, Tischler usw.), 3. Hitzearbeiter (Heizer, Former, Schmiede, Brauer, Schmelzer, Walzer, Bäcker, Köche), 4. Arbeiter bei häufigem Temperaturwechsel (Färber, Treibhausgärtner, Schriftgießer usw.), 5. Arbeiter mit häufiger Durchnässung des Körpers (Wäscher, Wassermüller, Brunnen- und Erdarbeiter), 6. Feuchtarbeiter (Blumenbinder, Verkäufer in Fleisch- und Fischwarenläden, Töpfer u. a.).

Vielfach sind mit Rheumatismus Herz- und Nierenleiden verbunden! Chronischer Muskelrheumatismus in kleineren oder größeren Muskelgruppen kann ohne Folgen heilen, aber auch gelegentliche Rückfälle verursachen. Leichte Fälle gebieten Vorsicht bei Schwerarbeitern unter ungünstigen Arbeitsverhältnissen; als mittelschwere Fälle gelten: häufige

Schmerzen und Steifigkeit in größeren Muskelgruppen (besonders Schulter-, Gürtel- und Rückenmuskulatur); als schwerere Fälle: Steigerung obiger Erscheinungen evtl. mit wiederholt auftretendem Fieber.

Chronisches Gelenkrheuma. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen ist Arbeit unter günstigen hygienischen Verhältnissen (auch nicht zu schwer und lange) sogar ein Heilfaktor; leichte Fälle bedeuten: nur ein Gelenk in geringem Ausmaß befallen mittelschwere Fälle: mehrere Gelenke befallen, ziemliche Unbeweglichkeit derselben, an und ab auftretende Schmerzen und Fieber; schwere Fälle: außer obigen Symptomen noch Veränderungen im Innern der Gelenkkapsel, anatomische Veränderungen der Gelenkbänder, krankhafte Schrumpfung der Gelenkkapseln, Gestaltsveränderungen der Gelenkknorpel und Knochen (Schlottergelenk); die höheren Sätze bei Erkrankung der unteren Extremität.

5. *Augenerkrankungen entstehen* 1. vielfach durch Verbrennungen (offene Feuer; heiße, geschmolzene oder glühende Metalle; flüssige Schlacke; geschmolzenes, flüssiges Glas; siedende Flüssigkeiten; Dampf), Verätzungen (Soda, Pottasche, Säuren, Anilinfarbstoffe, organisch chemische Körper), Verletzungen (stumpfe Gewalt, Explosion, Fremdkörper), zu starke Belichtung besonders mit ultravioletten Strahlen.

2. Berufe mit Nah- und Fernsehen. Berufe, welche ausschließlich oder vorwiegend scharfes Sehen in die *Ferne* verlangen (Wächter, Wagenlenker), schließen Kurzsichtige aus; ausgenommen, wenn die Kurzsichtigkeit mäßigen Grades und durch Gläser volle Sehschärfe erreichbar; für Berufe, welche scharfes Sehen in der *Nähe* verlangen, ist maßgebend, ob scharfes Nahsehen das Auge gefährdet und die Kurzsichtigkeit verschlimmert; diese Verschlimmerung ist nicht zu befürchten bei der einfachen Kurzsichtigkeit mäßigen Grades, vorausgesetzt, daß die Art der Tätigkeit eine Brille zuläßt und mit dieser Brille gute Sehschärfe vorhanden ist.

3. *Nahsehen ist erforderlich* bei Schreiber, Lithograph, Schriftsetzer, Präzisionsmechaniker, Schleifer, Näherin); gewerbliche Kurzsichtigkeit am häufigsten bei Schriftsetzern der orientalischen Abteilungen (unter 100 Arbeitern 64!), Lithographen, Fädlern und Bindlern (44,5), Näherinnen, Stickerinnen (19—43), Porzellanmalern (19—25).

4. Das Tragen einer *Brille* ist erschwert in Berufen, wo Rauch, Hitze, Feuchtigkeit die Gläser beschlagen (Schmelzer, Schmiede, Brauereiarbeiter) und Splittergefahr oder Entstellung zu beachten sind (Friseure, Kellner).

5. *Übersichtige, Weitsichtige geeignet* für Berufe mit Fernsehen (Wächter, Kutscher, mit passender Brille auch geeignet für Nahsehen [Schreiber, Gravierer]).

6. *Schwachsichtige*, deren Sehkraft durch Hornhautflecke, unregelmäßige Krümmung der Hornhaut, Linsentrübungen u. a. für die Nähe und Ferne zugleich herabgesetzt ist, werden sich in den beiden Berufsgruppen (Fernseher-Naharbeiter) nicht verwenden lassen, können als Packer, Heizer, Steinsetzer, Korbmacher u. a. unterkommen.

7. *Einäugige sind völlig ungeeignet* a) für Berufe, welche das erhaltene Auge gefährden (Schmelzer, Schlosser, Schmiede, Schweißer); auch Weißnähen, Weißblechbearbeitung und Bleichereiarbeiten erzeugen leicht Blendungsbeschwerden;

b) für Berufe, welche ein uneingeschränktes Gesichtsfeld, körperliches Sehen und Entfernungsschätzen verlangen (Gerüst- und Dacharbeiter, Drechsler, Straßenpflasterer [Vorbeischlagen], Wagenführer usw.). Es ist aber beachtlich, daß Einäugige, die durch den Verlust des einen Auges hervorgerufene Einschränkung des Gesichtsfeldes durch entsprechende Kopfbewegungen fast restlos auszugleichen lernen und ebenso das zunächst fehlende Tiefenschätzungsvermögen in kurzer Zeit genügend wiedererlangen, deshalb in der Regel bald dasselbe leisten und verdienen wie gesunde Arbeiter gleicher Art.

8. *Farbenschwache und Farbenuntüchtige* sind nicht verwendbar als Wagenführer (Signal!), Verkäufer im Konfektions-, Putz- und Nahrungsmittelgewerbe, Gärtnerei, als Färber, Maler, Tapezierer usw.

9. An chronischer Erkrankung der Augenlider und Bindehaut Leidende sind vor Staub und rauchgefüllten Räumen zu bewahren.

10. *Unter Tränenwegerkrankung* geringen Grades wird verstanden: wenn Tränenträufeln nur geringen Grades und zeitweise auftritt, insbesondere bei Einwirkung von Wind, Hitze, Rauch, Staub.

11. *Bemerkungen zu Augenmuskelerkrankungen und Lähmungen der Lidheber.* Einseitig leichten Grades bedeutet, wenn die Pupille gar nicht oder nur in ihrer oberen Hälfte vom Lid verdeckt ist, schweren Grades, wenn die Pupille in ihrem oberen Zweidrittel oder ganz verdeckt ist und das Auge beim Sehakt teilweise ausgeschaltet ist.

Angeborenes Schielen leichten Grades ist oft mit Schwachsichtigkeit des Schielauges verbunden, abgesehen von der Entstellung. Unter stärkerem Schielen wird verstanden, daß beim Geradeaussehen des einen Auges das andere mit dem Hornhautrande den inneren oder äußeren Lidwinkel berührt. Wenn das Schielen im späteren Lebensalter aufgetreten ist, so ist es durch Augenmuskellähmung entstanden infolge von Verletzungen, Syphilis, Arteriosklerose, Erkrankung des Zentralnervensystems usw. und verursacht Doppelbilder,

zuweilen ist es vorhanden mit weiter, lichtstarrer Pupille, hochgradiger Herabsetzung des Sehens in der Nähe.

12. *Beispiele für Entscheidungen der obersten Spruchkammern betreffend Augenverletzungen nach Gewöhnung*, welche den Grad der verbliebenen Erwerbsverminderung und die weitere Berufsverwendungsfähigkeit zeigen sollen:

a) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_{60}$—$^2/_{60}$.
Rechtes Auge: Landwirt von 25 auf 15%.

b) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_{10}$—$^1/_{12}$.
Linkes Auge: Schlosser von 25 auf 15%.

c) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^4/_{36}$.
Linkes Auge: Bergmann von 20 auf 0%.

d) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_5$.
Linkes Auge: Arbeiter von 25 auf 15%, Schweißer von 20 auf 10%.

e) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_4$.
Linkes Auge: Former von 20 auf 10%.

f) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_3$—$^1/_2$.
Linkes Auge: Kesselschmied von 20 auf 0%.

g) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_3$.
Rechtes Auge: Bierabfüller — keine Rente, Kesselschmied von 25 auf 15%.

h) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^2/_3$.
Rechtes Auge: Kesselschmied von 10 auf 0%.

i) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^5/_{12}$.
Rechtes Auge: Maurer von 10 auf 0%.

k) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_2$.
Rechtes Auge: Bautechniker von 10 auf 0%, Schlosser — keine Rente.
Linkes Auge: Kesselschmied von 15 auf 0%, Maurer von 10 auf 0%, Hauer von 10 auf 0%.

l) Linsenlosigkeit des Auges.
Rechtes Auge: Schlepper von 25 auf 10%.
Linkes „ : Stemmer 15%.

m) Herabsetzung der Sehschärfe auf $^1/_{20}$.
Rechtes Auge: Hilfsarbeiter von 25 auf 15%.

n) Erblindung des Auges.
Rechtes Auge: Kesselschmied von $33^1/_3$% auf 25%, Fräser von 30 auf 25%, Nieter von $33^1/_3$ auf 25%, Schmied von $33^1/_3$ auf 25%, Schmied von 40 auf 25%, Schmiedemeister von 30 auf 25%.
Linkes Auge: Klempner von 25—$33^1/_3$ auf 25%.

o) Verlust des Auges.
Rechtes Auge: Kesselschmied von $33^1/_3$ auf 25%, Klempnermeister von $33^1/_3$ auf 25%, Schlosser von $33^1/_3$ auf 25%.
Linkes Auge: Schmied von $33^1/_3$ auf 25%, Kreuzer von $33^1/_3$ auf 25%, Kesselschmied von $33^1/_3$ auf 25%, Nieter von $33^1/_3$ auf 25%, Schiffbauer von $33^1/_3$ auf 25%.

p) *Herabsetzung der Sehschärfe* des linken Auges auf $^5/_{20}$—$^5/_{16}$ bei nicht ganz normalem rechten Auge.
Beide Augen: Schlosser von 10 auf 0%.

q) Herabsetzung der Sehschärfe des rechten Auges auf $^1/_{10}$ bei nicht normalem linken Auge (Sehschärfe $^2/_{10}$ ohne, $^2/_3$ mit Glas.
Beide Augen: Stanzenschlosser von 20 auf 10%.

r) Herabsetzung der Sehschärfe des rechten Auges auf $^3/_5$ bei hochgradiger Schwachsichtigkeit des linken Auges.
Beide Augen: Hilfsmonteur von 30 auf 15%.

s) Verlust des linken Auges und Herabsetzung der Sehschärfe des rechten Auges auf $^1/_7$ (mit Glas).
Beide Augen: Arbeiter von 75 auf 65%.

13. *Beispiele von Verwendbarkeit Augenverletzter in ihrem bisherigen Beruf:*
Bautischler: als Banktischler, Bauanschläger verwendbar.
Glaser: im Fabrikraum und auf dem Hofe verwendbar.
Maler: wenn nur ein Auge beschädigt, zu allen Arbeiten verwendbar.
Möbeltischler: als Packer, Beizer, Polierer, Banktischler, Polsterer und Lagerarbeiter verwendbar.
Leder- und Handschuhfabrik: bei Verlust eines Auges und normaler Sehschärfe des anderen überall verwendbar.
Lederfabrik: zum Handnähen, Maschinennähen, Stanzen, Nieten und Pressen.
Sattler und Portefeuiller: Einäugige überall verwendbar, Blinde gar nicht.

Schuhmacherei: Desgleichen.
Töpfer: bei Verlust eines Auges nur noch bedingte Verwendbarkeit im Töpfergewerbe.
Tapezierer: wenn nur ein Auge fehlt, alle Arbeiten möglich, Erblindete nicht mehr verwendbar.

VI. *Ohrerkrankungen.*

Scharfes Gehör erforderlich in Berufen, welche verlangen:
a) unmittelbaren Verkehr mit dem Publikum, z. B.:
Verkäufer, Friseur, Kellner, zahlreiche Beamte, Krankenpflege;
b) häufigen persönlichen Verkehr mit Vorgesetzten, z. B.:
Kontorarbeit, Aufseherdienst, alle Arten von Gruppenarbeit;
c) besondere Hör- und Horchleistungen:
Stenograph, Telephonist, Klavierstimmer.
Schwerhörige sind schwer verwendbar in Berufen:
a) welche das innere Ohr (schallaufnehmenden Apparat) schädigen:
1. mit viel Geräuschen:
mit anhaltendem Lärm, zur Zeit Kesselschmiede, Spinnerin, Druckerei, insbesondere bei starken Erschütterungen des Bodens mit gelegentlichen starken Schallwirkungen;
2. unter erhöhtem Luftdruck;
b) welche das Mittelohr (den schalleitenden Apparat) schädigen:
1. alle Arbeiten, die zu Erkältungen disponieren, da Katarrhe der Nase und des Rachens leicht das Mittelohr (die Paukenhöhle) schädigen;
2. Berufe mit starken Staubentwicklungen, weil der Staub durch das meist durchbohrte Trommelfell in die Paukenhöhle gelangt.
Für Schwerhörige bzw. Taubstumme geeignete Berufe:
Bildhauer, Maler, Porzellanmaler, Lithograph, Drechsler, Buchbinder, Schuster, Korbmacher, Seiler.

Erläuterungen zu VII. *Geruch und Geschmack.*

Geruch und Geschmack sind erforderlich in einer Reihe von Berufen, insbesondere bei Herstellung und Vertrieb von Nahrungs- und Genußmitteln, in der Tee-, Wein-, Zigarren- und Parfümbranche.

Erläuterungen zu XI. *Unterleibsbrüche.*

Unterleibsbrüche entstehen erfahrungsgemäß auf Grund angeborener körperlicher Verhältnisse, nur selten durch Gewaltseinwirkung. Vorhandensein eines Bruches disponiert zur Einklemmung desselben; erfahrungsgemäß treten diese Einklemmungen viel seltener als Folge der Berufsausübung als im Gefolge selbstverschuldeter Stuhlverstopfung und übermäßiger Stuhlstauung in den Därmen ein, von denen dann eine Schlinge durch die Bruchpforte in den Unterleibsbruch gedrückt wird. Einklemmung braucht aber nicht mit Lebensgefahr verbunden zu sein. Die Lebensversicherungen betrachten Anlage oder Existenz eines Unterleibsbruches nicht mehr als Minderwertigkeitsrisiko, lehnen solche Fälle deshalb auch nicht mehr ab.

XIII. *Verlust von Gliedmaßen oder Gliedteilen.*

A. Armverletzungen.
Verlust des Vorderarms im unteren Drittel: Bergmann, rechter Arm 70—60%.
Teilweise Steifheit des Ellenbogengelenks.
Linker Arm: Tischler und Landwirt 20—0%.
B. Hand.
Völliger Verlust der Hand.
Rechte Hand: Schmied 75—65%, Weißbinder $66^2/_3$—50%.
Linke Hand: Fleischer $66^2/_3$—50%, Tischler 60—50%.
C. Verlust einzelner Finger.
1. Daumen.
Verlust des ersten Gliedes.
Rechte Hand: Arbeiter 10—0%, Dienstmagd 15—0%, Fuhrknecht 10—0%, Holzhauer 10—0%, Maurer 10—0%, Rangierer 10—0%, Techniker 10—0%,
Linke Hand: Arbeiter 10—0%, Geschirrführer 10—0%, Kranführer 10—0%. Maschinenarbeiter 25—10—0%, Schlosser 15—0%.
Verlust des Daumens nebst Mittelhandknochen.
Rechte Hand: Schmied $33^1/_3$—25%.
Verlust des Daumens und eines Teiles des Mittelhandknochens.
Linke Hand: Hauer 25—15%.

Verlust des Daumens.
Rechts: Heizer 25—15%, Hauer 25—15%.
Links: Schlosser 20—15%, Landwirt 25—15%, Schlosserlehrling 25—15%.

2. Zeigefinger.
Verlust des ersten Gliedes.
Rechts: Arbeiterin 10—0%, Dreher 10—0%, Dienstmagd 10—0%, Klempner 10—0%, Maschinenbauer 15—0%.
Links: Drechsler 15—0%, Drahtzieher 15—0%, Bergmann 15—0%, Hauer 10 bis 0%, Fräser 10—0%, Landwirt 15—0%, Knecht 15—0%, Zimmerpolier 14—0%, Arbeiter 10—0%.
Verlust zweier Glieder des Zeigefingers.
Rechts: Arbeiterin 20—0%, Dreher 10—0%, Klempner 10—0%, Maschinenbauer 15—0%.
Links: Dreher 15—0%, Schlosser 10—0%, Schreiner 15—0%, Fräser 10—0%.
Verlust des Zeigefingers.
Rechts: Schlepper 20—0%, Einleger 15—0%, Kreissäger 15—0%, Müller 10 bis 0%, Bergmann 20—0%, Ackerer 15—0%.
Links: Ackergehilfe 10—0%, Drechsler 15—0%, Arbeiter 15—0%, Hauer 10 bis 0%, Maschinenwärter 15—0%, Maurer 10—0%.

3. Mittelfinger.
Verlust des ersten Gliedes.
Rechts: Hobler $7^1/_2$—0%, Arbeiter $7^1/_2$—0%.
Verlust des Mittelfingers.
Rechts: Arbeiter 10—0%, Bautischler 10—0%, Deckmann 10—0%, Dreher 10 bis 0%, Maurer 15—0%, Heizer 10—0%, Maschinist 15—0%, Hobler 10 bis 0%.
Links: Kassiererin 10—0%, Dreher 10—0%, Brauer 15—0%, Kutscher 10—0%, Schlosser 10—0%, Zimmermann 10—0%, Malermeister 20—0%, Küfer 15 bis 0%.

4. Ringfinger.
Verlust von $2^1/_2$ Gliedern.
Rechts: Eisendreher 10—0%.
Verlust des Ringfingers.
Rechts: Drechsler 15—0%, Gießereiwerkmeister 10—0%, Arbeiterin 15—0%, Bohrer 15—0%.
Links: Arbeiter 15—0%, Eisendreher 10—0%, Fräser $33^1/_3$—0%, Kontorist $33^1/_3$—0%, Tischler 10—0%, Kernmacher 10—0%.

5. Kleinfinger.
Verlust des Kleinfingers.
Rechts: Arbeiter 15—0%, Fuhrmann 15—0%, Dreher 15—0%, Fuhrknecht 10—0%, Maschinenbauer 10—0%.
Links: Arbeiterin $7^1/_2$—0%, Schlosser 10—0%, Dreher 10—0%.

D. Beinverletzungen.
Verlust des Beines im Oberschenkel an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel.
Rechtes Bein: Einleger 80—70%.
Verlust des Beines.
Linkes Bein: Fuhrmann 75—$66^1/_3$%.
Verlust des Unterschenkels.
Rechtes Bein: Hilfsarbeiter 60—50%.
Linkes Bein: Landwirtschaftsarbeiter $66^2/_3$—50%.
Verlust des Unterschenkels im Kniegelenk.
Rechtes Bein: Ackerknecht $66^2/_3$—50%.
Verkürzung des Beines um $3^1/_2$ cm.
Linkes Bein: Fuhrmann 15—0%.
Rechtes Bein: Ackerknecht 15—0%, Bergmann 15—0%.

E. Fußverletzungen.
Verlust des halben Fußes.
Rechter Fuß: Arbeiter 60—40—30%.
Verlust des vorderen Teiles des Fußes.
Rechter Fuß: Arbeiter 50—$33^1/_3$%.
Verlust des Fußes: Brauer $55^1/_3$—45%.

F. Zehenverletzungen.
Verlust der großen Zehe.
Rechts: Schmied 10—0%, Fuhrmann 20—0%, Arbeiter 10—0%.

Links: Kutscher 10—0%, Kesselschmied 10—0%.
Verlust der großen Zehe und eines Teiles des Mittelfußknochens: Tagelöhner 20 bis 0%.
Verlust der zweiten Zehe.
Links: Arbeiter 10—0%.

XIV. *Versteifungen.*

Teilweise Steifheit des Ellbogengelenks: Tischler 20—0%, Landwirt 20—0%.
Steifheit des ersten Gliedes des Daumens: Arbeiter 10—0%, Zuschläger 10—0%.
Steifheit des Daumens.
Rechts: Hauer 15—0%.
Links: Brauer 15—0%, Zimmermann 10—0%.
Steifheit des Zeigefingers.
Rechts: Schlosser 10—0%, Schmied 10—0%.
Links: Brauer 10—0%, Schmied 15—0%.
Steifheit des Mittelfingers im ersten und zweiten Gelenk.
Rechts: Tagelöhner 10—0%.
Links: Arbeiter 15—0%.
Steifheit des Ringfingers im ersten und zweiten Gelenk: Eisendreher 10—0%.
Steifheit des Fußgelenks und Abmagerung der Wadenmuskulatur: Häuer 35 bis 0—10%, Kutscher 15—0%.
Steifheit sämtlicher Zehen und Abflachung des Fußes: Arbeiter 20—0%.

Erläuterungen zu XXII. *Organische Schäden des Nervensystems.*

A. *Neuropathen.* 1. Die Reizbaren, mit krankhafter Neigung zu Ärger, Zorn, Ungeduld, sind ungeeignet für Berufe mit Reibungsmöglichkeiten und Affektreaktionen, z. B. häufiger persönlicher Verkehr mit Vorgesetzten, Hausangestellte, Verkäuferin, Schneiderin und ferner für Arbeiten, die in Hast (Akkord) verrichtet werden oder mit zeitweisem Anschwellen der Anforderung (Saisongeschäft, Verkehrsdienst, Ladendienst) verbunden sind.

2. Die Depressiven, die Unentschlossenen, Schwerfälligen, Übergewissenhaften, unter mangelndem Selbstvertrauen Leidenden, zu trüben Stimmungen und Befürchtungen neigenden Naturen sollen ferngehalten werden von allen Berufen, die schwere Gemütserschütterungen mit sich bringen, Gefahr fürs Leben oder Fortkommen, schwere Verantwortung enthalten, fortgesetzt Einblicke in Not und Elend bieten und schnelle Entschlußkraft und Geistesgegenwart verlangen.

3. Die Überempfindlichen, die auf jede Anstrengung und jeden äußeren Reiz in krankhaft gesteigerter Weise reagieren, für die daher jedes Übermaß körperlicher und geistiger Anforderungen vom Übel ist, sind ungeeignet für Arbeiten mit Strapazen und Entbehrungen, starkem Lärm, Geräuschen (Schmiede, Metallschleifer, Schlosserei, Bildhauerei, Böttcherei, Fabriken mit großen Maschinen), unangenehmen Gerüchen (Abdeckerei, Gerberei, Giftfabrikation), Leim- und Kleistergeruch (Buchbinderei, Tischlerei), ständigen Erschütterungen, besonders mit stark monotoner Arbeitsweise, wie sie in der Fabrik und in der Hausindustrie vorkommen, ferner für Beschäftigungen, die eine minutiöse Technik (z. B. Uhrmacherei, Radieren, Gravieren, Holz- und Elfenbeinschnitzerei, Weißnähen, Stricken) verlangen und für Nachtarbeit. Nervöse Menschen unterliegen leichter als andere der Giftwirkung von Tabak oder Alkohol. Reizbare Nervöse eignen sich in gewissen Grenzen für freie Berufe oder als selbständige Handwerker, Depressive für die materiell gesicherte, ruhig und gleichmäßig abrollende Beamtenlaufbahn. Im ganzen sind die Nervösen am besten untergebracht in landwirtschaftlicher Tätigkeit.

B. *Psychopathen* und Schwachsinnige können unterkommen als Gärtner, Feld- und Straßenarbeiter, Handlanger und Hilfsarbeiter in verschiedenen Betrieben.

C. Mit *Krampfanfällen* Behaftete sind auszuschließen von allen Berufen mit erhöhter Unfallgefahr, gefährlichen Maschinen und Werkzeugen, Verbrennungsgefahr, öffentlichen Diensten, von Beschäftigungen, in denen ihr Leiden verschlimmert werden kann, von Arbeiten in schlecht ventilierten Räumen, mit starkem Lärm, mit Giften, Alkohol usw.; am besten geeignet ist das Kleingewerbe, speziell für Berufe im Sitzen, leichte gärtnerische und landwirtschaftliche Beschäftigung. Personen, die an unwillkürlichen Bewegungen (chronischem Veitstanz, Zitterbewegungen, Tick usw.) leiden, sind als Boten, Aufseher usw. verwendbar.

Aus der praktischen Erfahrung haben sich *einige Richtpunkte für die Beratung* Anbrüchiger mit gewissen Gesundheitsstörungen herausgebildet. Es sind Anhaltspunkte, die noch sehr der Revision bedürfen.

Sie zeigen mit aller Deutlichkeit, wie sehr die Berufsberatungsmedizin noch in den Anfängen steckt, wie sehr vor allen Dingen das eigene berufskundliche Wissen des einzelnen ärztlichen Berufsberaters maßgebend ist.

Es wird häufig darauf hingewiesen, daß die Statistik eine berufskundliche Quelle darstellt. Es sind auch eine Reihe von Berufsstatistiken aufgestellt und für die praktische Berufsberatung verwertet worden. Schon Teleky hat aber darauf hingewiesen, daß diesen Statistiken kein allzu großer Wert beizumessen ist. Ich habe schon früher behauptet, daß den meisten solcher Statistiken lediglich Tapetenwert beikommt. Zum Beweise dieses Satzes füge ich im folgenden einige aus der Literatur von mir zusammengestellte Berufs-, Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken bei. Ihr Inhalt spricht für sich selbst. In jüngster Zeit hat Wolff ein ausgezeichnetes Buch über das Thema: „Industrialisierung und Tuberkulose" geschrieben. Darin ist der Nachweis geführt, daß man mit statistischen Methoden allein keine Berufskunde machen kann. Was zu der Frage Berufs-, Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik zu sagen ist, insbesondere was über die vielerseits erhobene Forderung an die Krankenkassen, solche Statistiken anzufertigen, gesagt werden müßte, überschreitet den Rahmen dieses Zusammenhanges. Der ärztliche Berufsberater kann gegenwärtig nur den einen Rat erhalten: die heute vorhandenen Berufsstatistiken äußerst vorsichtig zu gebrauchen.

Um dem ärztlichen Berufsberater gewisse Anhaltspunkte zu geben, mögen im folgenden einige in der Literatur niedergelegte empirische Tatsachen für das Vorgehen der Berufsberatung gegenüber Anbrüchigen mitgeteilt werden, und zwar erstens geordnet nach Krankheiten und zweitens geordnet nach Berufen. Es darf dabei aber nie aus dem Auge gelassen werden, daß das im folgenden mitgeteilte Material noch sehr problematischer Natur ist, noch durchaus der wissenschaftlichen Bestätigung bedarf und zahlreiche Fehler enthält, die auf dem Wege wissenschaftlicher Arbeit ausgemerzt werden müssen, also im Grunde nichts weiter bedeutet als Anhaltspunkte. Meine Erfahrung hat mich aber gelehrt, daß auch solche Anhaltspunkte in vielen Fällen von wesentlicher Bedeutung sein können.

Wie soll der Berufsberater bei vorliegender Disposition zu *Erkrankungen der Atmungsorgane* verfahren? Wenn der Bewerber aus einer Familie stammt, in der schon verschiedene Mitglieder an Tuberkulose gestorben sind, und er selbst einen schmalen, flachen Brustkorb hat, wiederholt an Erkrankungen der Atmungsorgane gelitten hat oder an Tuberkulose und Skrofulose erkrankt war oder ist, so sollte ihn der Arzt nicht einen Beruf ergreifen lassen, bei dem er den ganzen Tag in schlechter Stubenluft, in geschlossenen, engen Räumen oder zusammengebückt sitzen muß. Der Staub wirkt stark schädigend, insbesondere der Stein- und Metallstaub; aber auch harmlosere Staubarten wie von Holz, Mehl, Kohle, Wolle, Hanf usw. können chronische Katarrhe der Luftwege erzeugen. Auch die Einwirkung giftiger Gase und Dämpfe muß vermieden werden (in chemischen Fabriken, Celluloid- und Cellulosefabriken, Metallbrennereien und -beizereien, Hüttenwerken), ebenso Arbeit mit Blei, Arsen, Quecksilber usw. Es ist ja bekannt, wie stark gerade Lungenkranke auf Gifte reagieren. Auch sind Berufe zu widerraten, welche eine große Anstrengung der Lungen erfordern, wie die Tätigkeit als Bläser (Musikblasinstrumente, Glasbläser). Personen mit schwachen Lungen sollten sich hauptsächlich Berufen zuwenden mit möglichst geringer Luftverschlechterung, wie Forstwesen, Jagd, Fischerei, Schiffahrt, Transportgewerbe, Botendienste — wobei allerdings die Erkältungsgefahr zu vermeiden ist — und Berufen, die zwar in geschlossenen Räumen arbeiten müssen, bei denen aber für ausreichenden Luftwechsel gesorgt ist, keine Staubentwicklung stattfindet und keine dauernde gebückte Haltung erfordert

wird. Zu Lungenleiden Disponierte wird man von allen Berufen in der Lebens- und Genußmittelerzeugung, in der Gesundheits- und Krankenpflege fernhalten, ferner von dem Beruf des Glasschleifers, Steinmetzen, Mechanikers, Schlossers, Schmiedes, Uhrmachers, Färbers, Sattlers, Schuhmachers, Kochs, Kellners, Hausgehilfen, der Säuglingspflegerin usw.

Schwächliche und Blutarme sollten vor Eintritt in den Beruf einer leichten Übergangsbeschäftigung zugewiesen werden, in der ihr Organismus eine Kräftigung erfahren kann. Klagt der Jugendliche schon bei geringer Anstrengung über Atemnot und häufiges Herzklopfen, so darf er keinen Beruf ergreifen, welcher erhebliche körperliche Anstrengungen oder anhaltende schwere Arbeit erfordert. Er ist also zu warnen vor: Bearbeitung der Rohstoffe, Holz, Stein, Metall, Arbeit der Fuhrleute und Abträger, Tätigkeit der Fleischer, Müller, Brauer, auch vor Nähmaschinenarbeit und Radfahren.

Herzleidende müssen ganz sorgfältig untersucht werden, möglichst unter Hinzuziehung eines Facharztes, um die Leistungsfähigkeit des Herzens und dessen Prognose festzustellen.

Solche Berufsanwärter wird man im allgemeinen von körperlich schweren Arbeiten ausschließen, von Berufen mit erhöhter Unfallgefahr, anstrengenden Bewegungen, insbesondere Gärtner, Steinmetz, Former, Gießer, Schmied, Fleischer, Müller, Chauffeur, Flugzeugführer u. ä.

Sprachfehler schließen von allen Berufen aus, deren Ausübung fließende Rede verlangt, wie Lehrer, Kaufmann, Kellner, Verkäufer, Telephonist, Friseur usw.

Geruchssinnmangel schließt aus von allen Betrieben zur Erzeugung und Vertrieb wohlriechender Essenzen, Parfüms und Kosmetika (Drogist, Koch, Chemiker).

Geschmackssinnmangel schließt aus von allen Betrieben für Herstellung und Zubereitung von Lebens- und Genußmitteln, die vor der Fertigstellung abgeschmeckt werden müssen.

Schwerhörigkeit oder Taubheit schließen aus von Berufen mit erhöhter Unfallgefahr, mit Kundenverkehr: Musikinstrumentenmacher, Uhrmacher, Müller, Friseur, Kellner, Verkäufer, Chauffeur.

Mangel an Farbensinn schließt aus: von Gärtner, Optiker, Goldschmied, Färber, Maler, Lokomotivführer, Photograph, Seemann, Steindrucker usw.

Kurzsichtigkeit schließt aus von Berufen, die volle Sehkraft auf beiden Augen erfordern: Präzisionsmechaniker, Lokomotivführer usw. vgl. unten.

Krampfanfälle (Epilepsie) schließen aus von allen Berufen mit erhöhter Unfallgefahr, Arbeiten auf Gerüsten und Leitern, an Maschinen, am Feuer: Maurer, Dachdecker, Bauklempner, Färber, Gießer, Elektrotechniker, Zimmerer, Bäcker, Koch, Straßenfeger usw.

Handverkrüppelungen schließen aus von: Mechaniker, Elektrotechniker, Uhrmacher, Goldschmied, Zahntechniker, Friseur, Maler, Maurer, Zimmerer, Putzmacherin, Schneiderin.

Hautkrankheiten entstellen oft und machen dann für Berufe, die einen Verkehr mit dem Publikum erfordern, ungeeignet, andere verschlimmern sich durch Farben, Beizen, Öle, Seifen; *Schweißhände* machen ungeeignet für feine Metallarbeiten, Lithographie, Schneiderei, Hantieren mit Lebens- und Genußmitteln.

Bruchleiden schließt aus von Berufen, die schweres Heben, Anspannung und Belastung der Bauchdecke erfordern.

Bei Neigung zu Rheumatismus und Erkältungskrankheiten ist zu warnen vor Berufen mit Wechsel von Hitze und Kälte, häufiger Durchnässung, Feuer- und Ofenarbeit, Freiluftarbeit: Verkäufer in Lebensmittelhandlungen, Koch, Gärtner, Färber, Gerber, Böttcher, Töpfer, Maurer, Chauffeur, Sozialbeamtin usw.

Ohrkranke dürfen nur Berufe wählen, welche das Ohrleiden nicht verschlimmern: laute Geräusche, Luftdruckschwankungen, feuchte Kälte und Giftarbeit sind zu meiden. Da eine Funktion des Ohres auch in Erhaltung des Gleichgewichts besteht, so müssen bei gewissen Ohrerkrankungen alle Gerüstarbeiten vermieden werden.

Mängel geistiger Art lassen noch vielfache Rätsel offen. Es bleibt dem Berufsberater nichts anderes übrig, als sich auf die Feststellung von Mängeln in gewissen Kenntnissen, Fähigkeiten, seelischen Verhaltungsweisen, soweit er sie aus den Schulzeugnissen, psychotechnischen Eignungsprüfungen oder eigener Beobachtung kennenlernt, zu beschränken. Noch schwerer ist es, die *sittlichen Mängel*, die von einem Beruf ausschließen, zusammenzustellen. Immerhin hat man gewisse Zusammenstellungen versucht, z. B.:

Mangel an leichter Auffassung schließt von Berufen aus, in denen es darauf ankommt, das Wesentliche einer komplizierten Arbeit schnell zu erfassen: Instrumentenmacher, Mechaniker, Schriftsetzer, Photograph usw.

Mangel an Formen- und Geschmackssinn und zeichnerischen Fähigkeiten schließt aus von Berufen, in denen zeichnerische Gestaltung, zeichnerische Wiedergabe und Arbeit nach Werkzeichnungen verlangt wird, z. B. Bildhauer, Steinmetz, Elektrotechniker, Porzellanformer, Lithograph, Photograph, Goldschmied, Instrumentenmacher, Klempner, Mechaniker, Tapezierer, Tischler usw.

Hat der Berufsberater sich orientiert, für welche Berufe der Ratsuchende nicht in Frage kommt, so hat er meistens die schwierige Aufgabe zu lösen, einen positiven Berufsvorschlag zu machen.

Am schwierigsten ist es, *Lungenleidenden* einen positiven Vorschlag zu machen Außer den schon oben angegebenen Berufen kommt vielleicht noch in Frage: Korbmacher, Portefeuillearbeiter, leichte Botendienste. *Herzleidende* können vielleicht werden: Buchbinder, Uhrmacher, Zigarrenarbeiter, Photograph. *Kurzsichtige* kann man vielleicht unterbringen als Papierarbeiter, Kranzbinder, Instrumentenstimmer, Packer für große Gegenstände, Tabakarbeiter, Straßenkehrer, Hausmädchen, Wäscherin, Büglerin. *Blinde* können als Blumenbinder, Bürstenbinder, Korbflechter, Hutmacher Verwendung finden.

Taubstumme. In neuerer Zeit hat man sich für die berufliche Unterbringung und Fortbildung der Taubstummen sehr eingesetzt (vgl. Blätter für Taubstummenbildung, Jg. 36, Nr. 7 u. 9). Die weitaus größte Zahl der männlichen Taubstummen wendet sich dem Handwerk zu: Schuhmacher, Schneider, Tischler, Goldarbeiter, Glasmaler, Buchdrucker, Litograph, Buchbinder, Sattler und Tapezierer. Etwa 25% Taubstumme sind in der Landwirtschaft und Gärtnerei beschäftigt. Taubstumme Frauen werden als Näherinnen und Kleidermacherinnen verwendet. Es muß aber bedacht werden, daß 72% aller handwerklich tätigen Taubstummen keine Gesellenprüfung absolvieren, weil es für sie schwer ist, sich bei der Prüfung verständlich zu machen. Nur 4% der männlichen Taubstummen machen im Durschschnitt die Meisterprüfung.

Im allgemeinen werden für erwerbsbehinderte und fürsorgebedürftige Jugendliche seitens der Berufsberater ganz besondere Anstrengungen unternommen. Ist schon in normalen Zeiten die Unterbringung Behinderter schwer, weil Arbeitgeber und Lehrmeister meistens genügend vollkräftige Berufsanwärter zur Auswahl haben, so ist in Zeiten von Wirtschaftskrisen die Unterbringung Behinderter besonders erschwert. Hinzu kommt, daß Heil-, Erziehungs- und Krüppelheime noch nicht in genügender Zahl vorhanden sind. Soweit solche Heime Behinderte aufnehmen können, verstehen sie es gut, aus den Behinderten tüchtige Menschen zu machen. Über diese Spezialfragen muß die Spezialliteratur durchgesehen werden.

VII. Schluß.

Die deutsche Berufsberatung befindet sich im Fluß der Entwicklung. Der Fortschritt dieser Entwicklung ist, wie auf den vorhergehenden Seiten gezeigt wurde, ein ziemlich schneller. Es konnte infolgedessen nur ein kurzes Augenblicksbild des gegenwärtigen Zustandes gegeben und zugleich die Schwierigkeiten aufgezeigt werden, mit denen die Berufsberatung in ihrem eigenen Körperinnern und nach außen hin zu kämpfen hat. Die Psychotechnik hat sich in den letzten Jahren auf immer festere Füße gestellt. Die wirtschaftliche und erzieherische Berufsberatung gewinnt eine zunehmend stärkere Basis. Der ärztliche Anteil am Berufsberatungsprozeß verfügt noch nicht über so feste Grundlagen wie die übrigen Nachbarberatungsgebiete. Im vorstehenden ist der Versuch

gemacht worden, die Problemstellung anzugeben. Der weiteren medizinischen Arbeit muß es überlassen bleiben, diese Probleme aufzugreifen, durchzuarbeiten, damit auch der Arzt festen Boden für seine vorsorgende Tätigkeit erhält. Die Lösung dieser Probleme ist mit den größten Schwierigkeiten verbunden, weil sie mit den Grundlagen der gesamten medizinischen Wissenschaft und Technik eng zusammenhängt. Schwierigkeiten zu überwinden, findet aber der Strebende stets besonders reizvoll. Unsere gesamte Gesundheitswirtschaft und damit jeder einzelne Gesundheitswirt erhalten durch die allseitig mächtig aufstrebende Gesundheitsfürsorge einen starken Auftrieb; der Kliniker und Heilarzt erhält durch den Gesundheitswirt die organische Ergänzung. Das Haupttätigkeitsfeld des Gesundheitswirtes wird die gesundheitliche Arbeitsfürsorge sein. Darum verlohnt es sich, ihre Grundfesten zu sichern und ihren Ausbau zu fördern.

Literatur.

Akademischen Berufe, Die. Herausgegeben von der Deutschen Zentralstelle für Berufsberatung der Akademiker in Berlin. Furche-Verlag 1919. — Altenrath: Die Organisation der Berufsberatung und Berufsvermittlung. Vortrag, gehalten auf der Konferenz für Volkswohlfahrt am 8. Febr. 1913. — Altentrah, J.: Berufswahl und Lehrstellenvermittlung. München-Gladbach 1911. 1 M. Für die Berufsberatung der Volksschüler. — Altenrath: Die Zentralstelle für Volkswohlfahrt und die Frage der Berufsberatung. Ratgeber für Jugendvereinigungen. Herausgegeben von der Zentralstelle für Volkswohlfahrt. Jg. 8, H. 3, S. 34 bis 38. Bespricht auch die Mitwirkung von Schulen bei der Berufsberatung. — Altmann-Gottheimer, E.: Die Ausbildung und Fortbildung der beruflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen in der Wohlfahrtspflege. Concordia Jg. 25, Nr. 10. 1918. — Amtliche Nachrichten des Reichsarbeitsministeriums, 6. u. 10. Dez. 1919. — Amtliche Nachrichten des österreischischen Staatsamtes für soziale Verwaltung, 2. Jg. 1920. — Anschauungsmaterial zur Berufsberatung. Frauenberuf und Erwerb. 1918, Nr. 6. Berichtet über die Ausstellung der weiblichen Abteilung der Zentralstelle für Lehrstellenvermittlung in Berlin. — Apolant, Jenny: Stellung und Mitarbeit der Frau in der Gemeinde. 2. Aufl. Leipzig: Teubner 1913, Nachtrag 1918. — Arbeitseignungsprüfung, Aufgaben und Grundlagen der psychologischen, bearb. von Dietrich, Langenberg, Moede, Rupp. Beiheft zum Zentralbl. f. Gewerbehyg. u. Unfallverhütung. Leipzig: Verlag Chemie 1926. — Arbeiterschutz. (Textbücher zu Studien über Wirtschaft und Staat, Bd. 2). Herausgeg. von J. Jastrow. 3. Aufl. 1921. — Der Arbeitsnachweis in Deutschland. Jg. 5. — Arbeitsnachweis in Deutschland. Zeitschrift des Verbandes deutscher Arbeitsnachweise. Berlin SO., Am Köllnischen Park 3. Monatl. Preis jährl. 6 M. Enthält vom 1. April 1919 ab eine besondere Beilage „Berufsberatung", die vom Deutschen Ausschuß für Berufsberatung herausgegeben wird. — Arbeitsnachweisgesetz vom 22. Juli 1922. — Arbeitsrecht und Arbeiterschutz. Die sozialpolitische Gesetzgebung des Reiches seit dem 9. Nov. 1918. 3. Aufl. 1923. — Arbeit und Beruf. Halbmonatsschrift für Fragen des Arbeitsmarktes, der Berufsberatung und verwandter Gebiete. Bernau b. Berlin: Grüner Verlag. Bezugspreis monatl. 2 M. — Arbeit und Beruf. Zeitschrift. Jg. 1922 u. folg. — Arbeitsvermittlung und Berufsberatung als Mittel der Berufsauslese. Jahrbuch des Bundes deutscher Frauenvereine. — Archiv für Frauenarbeit. Herausgeg. vom kaufmänn. Verband für weibliche Angestellte. Berlin SO, Köpenicker Str. 74. Viertelj. Preis jährl. 8 M. — Arzt und Berufsberatung. Herausgeg. von San.-Rat Dr. Alfred Peyser. Zehn Vorträge des Seminars für soziale Medizin zu Berlin. Aus: Flugschriften zur Berufsberatung, Heft VII, Berlin 1922. — Der Arzt und der Psychotechniker im Dienste der Berufsberatung. Bericht über die 5. schweiz. Berufsberatungstagung, Okt. 1923, Zürich. Aus: Schweiz. Zeitschr. f. Gesundheitspflege Jg. 4, H. 2. — Ascher, L.: Vorlesungen über ausgewählte Kapitel der sozialen Hygiene. 1921. — Ausbildung der geprüften ländlichen Hausbeamtin. 0,50 M. Herausgeg. vom Verband zur Förderung hauswirtschaftl. Frauenbildung. München-Gladbach: Volksvereinsverlag 1917. — Die Ausbildung der geprüften städtischen Hausbeamtin. — Die Ausbildung des Berufsberaters und die Beschaffung einwandfreien Materials. Der Arbeitsnachweis 1923. — Die Ausbildung für den technischen Beruf in der mechanischen Industrie (Maschinenbau, Schiffsbau, Elektrotechniker). Ratgeber für die Berufswahl. Herausgeg. vom Deutschen Ausschuß für technisches Schulwesen. Leipzig 1913. — Die Ausbildung für den technischen Beruf in der mechanischen Industrie. Herausgegeben vom Deutschen Ausschuß für technisches Schulwesen. 4. Aufl. Leipzig 1922. — Die Ausbildung im Beruf. Schriften der Gesellschaft für soziale Reform, Heft 71. Jena: Fischer 1921. — Auskunftsstellen für Frauenberufe. Ihre Gründung, ihre Zwecke und ihre Einrichtung. Die Frau, Mai 1911. Berlin: Möser. — Bader, P.: Die Aufgabe der Schule

bei der Berufswahl und Lehrstellenvermittlung der Jugendlichen. Arch. f. Pädagogik, I. Tl., Jg. 1, H. 3. — Barschak: Berufsschule und Berufsberatung. Arbeit u. Beruf, Nr. 9 vom 10. Mai 1924. — Bathe, J.: Berufsberatung an höheren Schulen. Zeitung „Der Tag" (rote Ausgabe), 4. Mai 1917. Setzt sich mit Kuckhoff auseinander. — Baum, Marie: Die Folgen ungelernter Arbeit für die Arbeiterinnen. (Kultur u. Schrift Nr. 282/83.) Leipzig 1910. — Baum, Marie: Der Einfluß der gewerblichen Arbeit auf das persönliche Leben der Frau. — Baumgarten, O.: Die persönlichen Erfordernisse des geistlichen Berufes. Tübingen: Mohr 1910. — Becker-Görlitz: Die Daseinsberechtigung der Berufsämter. Aus: Preuß. Verwaltungsblatt Bd. 46, Nr. 7 vom 15. Nov. 1924. — Behrend, Stranz-Hurwitz: Wohlfahrtsgesetze. Guttentagsche Sammlung Deutscher Reichsgesetze Nr. 153. Berlin: W. de Gruyter 1923. — Beier: Die Berufsausbildung nach den Berechtigungen der höheren Lehranstalten in Preußen. Halle 1907. — Beiträge zur Berufsberatung. Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht. Berlin: Mittler 1918. Literatur zur Berufsberatung 1918, Heft 1. — Bekanntmachung, betr. Lehrstellenvermittlung und Berufsberatung in Bayern. Bayrischer Staatsanzeiger Nr. 294, München, Mittwoch, den 19. Dez. 1917; nebst einer Besprechung von Josephine Levy-Rathenau, abgedruckt im „Arbeitsnachweis in Deutschland" Jg. 5, Nr. 5, S. 84—86 u. S. 97—99. 1918. — Thüringen: Bekanntmachung des Thüringischen Ministeriums für Volksbildung und des Wirtschaftsministeriums über die Mitwirkung der Schule bei der Berufsberatung vom 1. Febr. 1923. Bayern: Bekanntmachung über Berufsberatung der Schüler höherer Unterrichtsanstalten vom 23. Sept. 1921. (Amtsblatt des Staatsministerien des Äußern, des Innern, für soziale Fürsorge usw., S. 175.) — Bayern: Bekanntmachung über Berufsberatung vom 27. Juli 1921. (Ebenda 1921.) — v. Below: Territorium und Stadt; Probleme der Wirtschaftsgeschichte; Entstehung der Volkswirtschaft. Die bergbaulichen Berufe. Herausgeg. vom Landesarbeitsamt Westfalen und Lippe; Abt. Bergbau. Bochum i. W. — Die berufliche und soziale Gliederung des deutschen Volkes. Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 211. Der Textband der Berufsstatistik von 1907, der neben einer eingehenden Darstellung der Ergebnisse der Berufszählung eine recht bemerkenswerte Einleitung über Wesen und Einrichtung der Berufsberatung enthält. — Berufsamt der Stadt Berlin. Jahresbericht 1920/21. — Berufsberatung, ihre Entwicklung und ihr gegenwärtiger Stand. Arch. f. Frauenarbeit Bd. 1, H. 2. Juli 1923. — Die Berufserziehung des Arbeiters. Schriften d. Ges. f. soz. Ref. 1920/21, H. 70—72. — Die Berufsberatung der Frauen und Mädchen mit Rücksicht auf die Kriegsfolgen: Levy-Rathenau, Aufgaben und Organisation der Berufsberatung; Ohnesorge, Die Mitarbeit der Volksschulen; Gottschalk, Die Mitarbeit der höheren Schulen. Bericht der 14. Generalversammlung des Allg. deutschen Lehrerinnenvereins. Leipzig: Teubner 1915. — Berufsberatung. Aus: Dtsch. Schmiede-Zeitung Jg. 41, Nr. 20 vom 14. Mai 1925. — Berufsauslese und Lehrstellenvermittlung. Aus: Brandenburgisch-Pommersche Wacht Jg. 26, Nr. 2 vom 1. Febr. 1926. — Berufsberatung und Arbeitsnachweis. Aus: Rundschau f. Kommunalbeamte, Nr. 14, 4. April 1925. — Berufsberatung. Aus: Lederarbeiter-Zeitung Jg. 33, Nr. 3, 16. Jan. 1925; — Berufsberatung. Aus: Arbeit u. Beruf Jg. 3, Nr. 8, 25. April 1924. — Berufsberatung und Berufsbildung. Referate und Voten, veranstaltet vom Schweiz. Verband für Berufsberatung u. Lehrlingsfürsorge, 14. u. 15. Sept. 1922. — Berufsberatung und Berufsausbildung. Organ des Schweiz. Verbandes für Berufsberatung u. Lehrlingsfürsorge; herausgeg. vom Zentralsekretariat des Schweiz. Verbandes für Berufsberatung u. Lehrlingsfürsorge, Basel, Münsterplatz 14. 14täglich. Jährl. 2,50 Fr. — Berufsberatung, Berufsauslese, Berufsausbildung. Sonderveröffentlichung zum „Reichsarbeitsblatt" (32. Sonderheft). Berlin: Reimar Hobbing 1925. — Berufsberatung und Eignungsprüfung. Aus: Metallarbeiter-Zeitung Jg. 43, Nr. 12. Stuttgart, 21. März 1925. — Berufsberatung und Berufsvermittlung für die Volksschuljugend. Deutscher Ausschuß für Berufsberatung, bearbeitet von Altenrath. Berlin: Heymann 1914. — Berufsberatung und Schule. Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages 1918. VI. Nr. 20/21. S. 446—471. Überblick über die Organisation der Berufsberatung in 53 deutschen Städten auf Grund einer Umfrage. — Berufsberatungen im Kreise Herrschaft Schmalkalden. Gemeinnützige Blätter für Hessen und Nassau. 1914. — „Berufskunde." Zu beziehen durch Zentralgewerbeinspektorat Wien I, Hanuschgasse 3. — Berufskundliche Nachrichten. 1921. Seit 1923 Beilage der Zeitschrift „Arbeit u. Beruf". — Berufskundliche Unterlagen für die Berufsberatung. Herausgeg. vom Landesberufsamt Sachsen-Anhalt, Magdeburg. — Berufskundliche Unterlagen für die Berufsberatung. 2. Aufl. Magdeburg: Landesberufsamt Sachsen-Anhalt 1921. — Berufskundliche Unterlagen für die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung: 1920. Landesarbeitsamt Sachsen-Anhalt, Magdeburg, Provinzialberufsamt. — Berufspsychologischer Fragebogen der Städt. Mittelschule zu Berlin-Schöneberg. Anfragen sind an die Berufsberatungsstelle des Städt. Arbeitsamtes Schöneberg zu richten. Ein ähnlicher Bogen ist auch im Charlottenburger Arbeitsamt eingeführt. — Berufssterblichkeit in Preußen. Verwaltung und Statistik. 1911, S. 350. — Berufs- und Betriebszählungen vom 12. Juni 1907. Berufsstatistik, bearb. im Kaiserl. Statist. Amte, Abt. 1, Heft 1. Berlin 1909. (Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 202, 1.) — Berufsvormünder. Das Archiv deutscher Berufs-

vormünder, E. V. Frankfurt a. M. Berlin o. J. — Berufswahl. Handbuch, herausgeg. von der deutschen Landeskommission f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge, Prag 1912; ärztl. Teil von Altschul. — Berufswahl und Berufsberatung. Eine Einführung in die Praxis. Berlin: Trowitzsch & Sohn 1919. — Berufswunsch, Berufswahl. Aus: Die Handels- u. Büroangestellte, Jg. 31, Nr. 7 vom 1. Juli 1925. — Berufswahl der schulentlassenen Jugend. Hamburg 1908. — Beruf und Leben. Saal 1921. — Berufswahl und Berufsberatung. Aus: Sonderausgabe des Hannoverschen Tageblatts. — Benary, W. (Frankfurt a. M.): Berufswahl, Berufsberatung, Berufseignung. Aus: Die Eiche, Jg. 36, Nr. 5 vom 30. Jan. 1925. — Berger: Berufsberatung. Aus: Dtsch. Allg. Ztg. Nr. 35 vom 21. Jan. 1925. — Berger: Berufsberatung, Berufsauslese, Berufsausbildung. Aus: Reichsarbeitsblatt, Jg. 1924, Nr. 29/30. — Berger, Richard: Die häuslichen Dienstboten nach dem Kriege. (Staatsbürger-Bibliothek Heft 76.) München-Gladbach 1915. — Bernays, Marie: Untersuchungen über den Zusammenhang von Frauenfabrikarbeit und Geburtenhäufigkeit in Deutschland. — Bernhard, Ernst: Organisation und Tätigkeit der Berufsberatungsstellen. Aus: Berufswahl und Berufsberatung. — Bernhard, Georg: Der Berufsandrang. Magazin d. Wirtschaft, Berlin, Nr. 10 vom 11. März 1926. — Bernheim, E.: Das akademische Studium der Geschichtswissenschaft, mit Beispielen von Anfangsübungen und einem Studienplan. 3. Aufl. Greifswald: Brunecken & Co. 1909. — Bernstein, Rich.: Die Berufskrankheiten der Land- und Forstarbeiter. — Besoldungstafeln für die Beamten des Deutschen Reiches und Preußischen Staates. Gültig vom 1. April 1914. 1. Teil: Die Besoldungsordnung des Preußischen unmittelbaren Staatsbeamten. 2. Aufl. Berlin: Siemenroth 1915. 1 M. — Besondere Literatur über Frauenberufe, zusammengestellt von der Bibliothek des Frauenberufsamts des Bundes deutscher Frauenvereine, Berlin W 57, Winterfeldtstr. 25a. — Bestimmungen über Lehrlingshöchstzahlen. Herausgeg. vom Handwerks- und Gewerbekammertag in Hannover. 1924. — Bevorzugung von Modeberufen. Aus: Dtsch. Allg. Ztg. Nr. 544 vom 18. Nov. 1924. — Beyer, Luise u. Anna: Die Erziehung der weiblichen Jugend in den höheren Berufsklassen unseres Volkes vom 15. zum 20. Lebensjahre. 2. Aufl. Erfurt o. J. — Beyer, Alfred: Menschenökonomie. Berlin u. Stuttgart 1922. VIII, 213 S. — Beyer, Alfred: Gesundheit und gewerbliche Arbeit, ebenda. — Bibergeil, Eugen: Berufs- und Unfallkrankheiten der Bewegungsorgane. — Bibliographie der Berufsberatung. Im Rahmen des pädagogischen Literaturnachweises, herausgeg. vom Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht, Berlin W 35, Potsdamer Str. 120. Literatur zur Berufsberatung 1920—1924. — Bluhm, Agnes: Der Einfluß der gewerblichen Gifte auf den Organismus der Frau. — Bogen, H.: Die psychologische Abteilung in der Praxis des Berufsamtes. Prakt. Psychologie 1923, 10. — Bohnert, F.: Die Berufsberatung der Schüler höherer Lehranstalten. Herausgeg. von der Zentrale für Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung zu Hamburg 1918. — Bohnstedt, H.: Die Mädchenbildung in Preußen. Nach den amtlichen Bestimmungen über Schulverwaltung und Stellung der Lehrenden. Privat-Unterricht, mittlere Schulen, höhere Lehranstalten und Lehrerinnen-Bildung. Breslau: Ferd. Hirt 1916. — Bökenkrüger: Werbetätigkeit für die Berufsberatung durch Ausstellungen. Aus: Arbeit u. Beruf Jg. 3, Nr. 24. — Bökenkrüger (Elberfeld): Aus der Praxis der Berufsberatung. Aus: Arbeit u. Beruf Jg. 2, Nr. 2 vom 25. Nov. 1922. — von den Boom, Emil: Berufsausbildung, Industrie und Gewerkschaften. Der deutsche Werkmeister, Essen, Nr. 10 vom 1. Juni 1926. — van der Borght, R.: Berufsgesellschaftliche Gliederung und Betrieb im Deutschen Reich. Teubner 1910. — van der Borght, R.: Beruf, gesellschaftliche Gliederung und Betrieb im Deutschen Reich. Vorträge der Gehe-Stiftung in Dresden, Bd. 2. 1910. Eine gedrängte Übersicht über die Hauptergebnisse der letzten Berufszählung von 1907. — Bormann, O.: Die Einführung des Taylorsystems in laufende Betriebe. 1920. — Boruttau, H.: Die Arbeitsleistungen des Menschen. — Bott, Karl: Die Notwendigkeit der Berufsauslese und die praktische Durchführung der kaufmännischen Gehilfenprüfung. Der Kaufmann in Wirtschaft u. Recht, Hamburg, Nr. 5 vom Mai 1926. — Bracht, Leonhard: Die Bedeutung der Berufsberatung. Aus: Spandauer Zeitung Nr. 20 vom 25. Jan. 1926. — Brassay: In work and wages. 1872. — Brauckmüller, K.: Die Freiheit der Berufswahl. Aus: Metallarbeiter-Jugend Jg. 6, Nr. 2. Stuttgart, 10. Jan. 1925. — Braunshausen, N.: Psychologische Personalbogen als Hilfsmittel für Pädagogik und Berufsberatung. — Brednow (Berlin-Friedenau): Abbau der Berufsberatung. Aus: Der Tag, Nr. 154 vom 24. Juni 1924. — Brentano, L.: Wie studiert man Nationalökonomie? München: Reinhardt 1911. — Brettschneider, G. u. G. Oberg: Allgemeine Berufskunde für gewerbliche Fortbildungsschulen. 2. verb. Aufl. Berlin. Köln a. Rh. 1912. — Breuer, Margarete: Berufsberatung. Aus: Die Handels- u. Büroangestellte Jg. 31, Nr. 3 vom März 1925. — Brieger, Heinrich: Berufsauslese als Rationalisierungsmittel. Magazin d. Wirtschaft, Berlin, Nr. 19 vom 13. Mai 1926. — Brockmann-Rohne, Karl: Stand und Organisation der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung. Aus: Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 12 vom 19. März 1926. — Broeger, Karl: Vom neuen Sinn der Arbeit. Jena: Diederichs 1919. — Bruck, W., Fr.: Wie studiert man Biologie? Stuttgart: Violet 1910. 152 S. — Brücke, Satzung. Die Brücke, Internat. Institut zur Organisierung

der geistigen Arbeit, Satzung. 3. Aufl. München: Wolf 1911 (Veröffentlichung der Brücke Nr. 11.) — von Buch: Intensität der Arbeit, Wert und Preis der Waren. Leipzig 1896. — Bücher, Karl: Arbeit und Rhythmus. 1919. — v. Bülow, G.: Wie wird man Seeoffizier? Berlin: Mittler & Sohn 1916. — Buehrer, K. W. u. Ad. Saager: Der Organismus der geistigen Arbeit. München: Selbstverlag der Brücke 1912 (Veröffentlichung der Brücke Nr. 15.) — Bues, Hermann (Hamburg): Berufsberatung. Aus: Der Grundstein, Hamburg, Jg. 38, Nr. 5 vom 31. Jan. 1925. — Bues, Hermann (Hamburg): Berufsberatung. Aus: Der Zimmerer, Jg. 37, Nr. 3 vom 17. Jan. 1925. — Burghardt, O., O. Schleimnitz u. G. Günther: Handbuch für ländliche Fortbildungsschulen. 2. Aufl. Leipzig: Klinkhardt 1913. — Burkard, Otto (Graz): Über die Organisation der ärztlichen Berufsberatung. Aus: Zeitschr. f. soziale u. Gewerbe-Hyg. Jg. 3, H. 17. — Busse, B.: Wie studiert man neuere Sprachen? Stuttgart 1912. — Caemmerer, Charl. v.: Berufsberatung in der Krankenpflege und Fürsorge. Leipzig: Verlag Naturwissenschaften 1918. — Caemmerer, Charl. v.: Die Fabrikpflegerin. Sonderdruck aus Arch. f. Sozialwiss. u. Sozialpolitik Bd. 46, H. 1. 1918. — Calmette, A.: La protection sociale de la santé. L'action médico-sociale. Paris: Librairie Marcel Riviére 1925. — Chajes: Grundriß der Berufskunde und Berufshygiene. Detmold: Meyer 1919. — Chemnitzer Ratgeber für die Berufswahl. (In Einzelheften.) Herausgeg. von Dr. A. Thiele. — Concordia, Zeitschrift der Zentralstelle für Volkswohlfahrt. Berlin W., Augsburger Str. 61. 14 täg. Preis jährl. 12 M. — Crusius, O.: Wie studiert man klassische Philologie? München 1911. — Curschmann, Fritz: Eignung der Frau zur Arbeit in der chemischen Industrie. Zentralbl. f. Gewerbehyg. Jg. 6, H. 3 u. 4. — Dammer, O.: Handbuch der Arbeiterwohlfahrt. 1902. — Deutsch, Adolf: Anleitung zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten. Deutsches Bücherverzeichnis. Verlag des Börsenvereins der deutschen Buchhändler zu Leipzig. Bd. 3 enthält sämtliche im deutschen Buchhandel erschienenen Zeit- und Leitschriften. — Das deutsche Handwerksblatt. Mitteilungen des deutschen Handwerks- und Gewerbekammertages. Verlag Deutscher Handwerks- u. Gewerbekammertag in Hannover. Erscheint alle 14 Tage. Vierteljährl. 3 M. — Diehl: Arbeitsintensität und Achtstundentag. 1923. — Dieing (Freiburg i. B.): Die Praxis der ländlichen Berufsberatung. Der öffentl. Arbeitsnachweis Jg. 1, Nr. 7/8 vom 15. Febr. 1925. — Dienemann, F.: Die gesundheitlichen Grundlagen für gewerbliche Arbeit und Taylorsystem. — Dreger, A.: Die Berufswahl im Staatsdienst. Eine Zusammenstellung der wichtigsten Vorschriften über Annahme, Ausbildung, Prüfung, Anstellung und Beförderung in sämtlichen Zweigen des Reichs- und Staats-, des Militär- und Marinedienstes; auf amtlichen Quellen beruhend. 11. Aufl. Dresden: C. A. Koch 1913. Zweiter Neudruck 1917. — Drury, H. B.: Wissenschaftliche Betriebsführung. (Deutsch von J. M. Witte. 1922.) — Dück, Joh.: Berufsberatung und Psychotechnik beim Bauhandwerk. Der Arbeitsnachweis in Deutschland, Jg. 5, Nr. 6, S. 101—104. 1918. — Dück, Joh.: Psychische Berufseignung und psychologische Berufsberatung. Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 11, S. 510 -516. — Dück, J.: Zur Berufswahl der Absolventen höherer Schulen. Concordia Jg. 21. 1914. — Dueck, Joh.: Die Berufseignung der Kanzleiangestellten. — Dunkmann, Karl: Die Lehre vom Beruf. Berlin 1922. — Dunkmann, Karl: Tabellen zur akademischen Berufsstatistik. Jahrb. d. Zentralinst. f. Erziehung u. Unterricht 1923. — Dunkmann, K.: Zur Psychologie der Beamten. Recht u. Wirtschaft 1920. — Ehlert, M.: Ausstellung zur Beeinflussung der weiblichen Berufswahl in Charlottenburg. Arbeitsnachweis in Deutschland, Jg. 4, S. 98. 1917. — Eisenbahndienst, Anstellung im. Prüfungsordnung für die mittleren und unteren Beamten der Staatseisenbahnverwaltung. Berlin: E. S. Mittler & Sohn. — Eliasberg, W.: Arbeit und Psychologie. Arch. f. Sozialwiss. u. Sozialpolitik Bd. 50, S. 87—126. — Eliasberg, W.: Grundriß einer allgemeinen Arbeitspathologie. Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 24, S. 1ff. u. Schriften zur Psychol. d. Berufseign. u. d. Wirtschaftslehre, Nr. 28. 1924. — Elsenhans, P.: Wer eignet sich zum Schiffsoffizier? Eine psychologische Vorprüfung. Neue Bahnen, Jg. 29, H. 4. 1918. — Elster, Karl: Was ist Arbeit? Jahrb. f. Nationalökon. Bd. 112. S. 609ff. 1919. — Elternsprechstunden und Berufswahl. Statist. Monatsberichte der Stadt Halle a. S. Bd. 1910, Nr. 5. — Baden: Erlaß des Bad. Ministeriums des Kultus und Unterrichts vom 29. Mai 1922 betr. Berufsberatung. Amtsbl. d. Bad. Minist. d. Kultus u. Unterr. 1922, S. 242. — Baden: Erlaß des Bad. Ministeriums des Kultus und Unterrichts betr. Berufswahl für Schüler und Schülerinnen vom 17. Febr. 1922. Ebenda Nr. 7 vom 20. Febr. 1922. — Baden: Erlaß des Bad. Ministeriums des Kultus und Unterrichts betr. Berufswahl für Schüler und Schülerinnen vom 27. Jan. 1921. Ebenda Nr. 5 vom 11. Febr. 1921. — Erlaß des Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung betr. Mitwirkung der Schulen bei der Berufsberatung vom 26. Febr. 1920. Zentralbl. f. d. ges. Unterrichtswesen in Preußen 1920, H. 3. — Württemberg: Erlaß des Ministeriums des Kirchen- und Schulwesens betr. die Dienstanweisung für die Schulvorstände und Lehrer über die Mitwirkung der Schule bei der Berufsberatung. Vom 7. Febr. 1924. Nr. 1340 (RABl. S. 106). — Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe vom 29. April 1921, betr. Berufsberatung und Berufsschule. Ministerialbl. d.

Handels- u. Gewerbeverwalt. 1921. — Eltzbacher, P.: Berufswahl. Ein Ratgeber für kriegsbeschädigte Offiziere und andere gebildete Kriegsbeschädigte, sowie für Schüler höherer Lehranstalten. Berlin: E. S. Mittler & Sohn 1917. — Epstein u. Alexander: Konstitution und Umwelt im Lehrlingsalter. München 1922. Münch. sozialhyg. Arb. a. d. Hyg. Inst. Heft II. — Erismann u. Moers: Psychologie der Berufsarbeit und der Berufsberatung (Psychotechnik). Samml. Göschen Bd. 851/52. Berlin: W. de Gruyter 1922. — Erismann, Th: Psychologie der Berufsarbeit und der Berufsberatung (Psychotechnik). 1922. — Erzberger, M.: Kolonial-Berufe. Ratgeber für alle Erwerbsaussichten in den deutschen Schutzgebieten. Berlin: Germania 1912. — Essig, Olga: Beruf und Menschentum. Vorträge und Leitsätze von den Bundestagungen in Frankfurt. Berlin: Schwetsch. 75 S. — Eliasberg, Wladimir (München): Berufsberatung. Berlin. Tagebl. Nr. 560 vom 5. Dez. 1923. — Fachschulen, Gewerbliche und Kaufmännische, in Preußen. Ihre Einrichtung und örtliche Verteilung. Herausgeg. vom Kgl. Landesgewerbeamt. 2. Aufl. Berlin: Heymann 1913. — Fachschulen, Unsere. Adreßbuch der Hoch- und Fachschulen für Technik, Kunst, Landwirtschaft. Herausgeg. von der Redaktion der Techn. Monatshefte. — Fähnrichsprüfung, Bestimmungen über die. Berlin: Mittler & Sohn 1903. — Fahr, O.: Die Einführung von Zeitstudien in einem Betriebe für Reihen- und Massenanfertigung der Metallindustrie. 1922. — Feig, Irmgard: Berufsberatung und Volkswirtschaft. Arbeit u. Beruf, Jg. 3, Nr. 3 vom 10. Febr. 1924. — Feig-Sitzler: Arbeitsrechtliche Gesetze und Verordnungen des Reiches nach dem Stande vom 1. April 1924. Berlin: Vahlen 1924. — Fischer, E., u. Fr. W. Fulda: Beruf und Leben. Lauenburg 1921. — Fischer, A.: Berufsberatung und Berufspolitik. Die Hochschule, Jg. 2, Nr. 9. 1918. — Fischer, Alois: Über Beruf, Berufswahl und Berufsberatung als Erziehungsfragen. Leipzig: Quelle & Meyer 1918. — Fischer, Alois: Berufsberatung und Erziehung. Kölner Blätter f. Berufserziehung, Jg. 1, H. 3. März 1925. — Fischer, A.: Gesichtspunkte und Methoden der psychologischen Analyse der Schülerindividualitäten. Arch. f. Pädagogik, II. Teil: Die pädagog. Forschung 1913. — Fischer, A.: Psychologie der Gesellschaft. Im Handb. d. vergleich. Psychol., herausgeg. von G. Kafka, Bd. XI. 1922. — Fischer, A.: Grundriß der sozialen Hygiene. — Fischer u. Heimann: Ratgeber für die Berufswahl der Volksschüler. Breslau: Priebatsch 1911. — Flesch, Julius: Berufskrankheiten des Musikers. — Florschütz, Georg: Allgemeine Lebensversicherungsmedizin. III. Bd. der „Versicherungsbibliothek", herausgeg. von A. Manes. 1914. — Flugschriften zur Berufsberatung. Heft 1—9. Berlin: S. Simion, jetzt Carl Heymanns Verlag. 1921. — Flugschriften zur Berufsberatung, herausgeg. vom Ausschuß für Berufsberatung. Heft 1: Kühne, Über die Notwendigkeit und die Aufgaben der Berufsberatung. Berlin 1919. — Fortbildungsschule, Die deutsche. Herausgeg. vom deutschen Verein für Fach- und Fortbildungsschulwesen. Berlin: Hillger. 14täg. Preis viertelj. 2,50 M. — Frau, Die. Herausgeg. von Helene Lange u. Gertrud Bäumer. Berlin: Moeser. Monatl. Preis jährl. 10 M. — Die Frau im Beruf, insbesondere Beruf und Schwangerschaft, Beruf und Frauenkrankheiten. Volkmanns Vorträge 1919, Nr. 266—269. — Frauenberufe. (Die Frau im Handwerk, die Frau in der sozialen Arbeit, die Kindergärtnerin, Hortnerin und Jugendleiterin.) Bearbeitet von den Landesberufsämtern Brandenburg, Ostpreußen, Sachsen-Anhalt. — Frauenberuf und Erwerb. Organ des Kartells der Auskunftsstellen für Frauenberufe. (Beilage zu „Die Frauenfrage".) Zentralblatt des Bundes deutscher Frauenvereine. Leipzig: Teubner. Monatl. Preis jährl. 3 M. — Frauenberufe mit mittlerer und höherer Schulbildung unter Berücksichtigung der erforderlichen Vorbildung. Herausgeg. vom Brandenburg. Provinzialamt. Berlin 1921. — Die Frau im Dienste der volkstümlichen Bibliothek. Schriften der Zentralstelle für volkstüml. Bücherwesen. Leipzig: Thomas 1915. — Die Frau in der Post- und Telegraphenverwaltung von 1864—1917, ihre bisherigen Dienste und ihre Wünsche für künftige Tätigkeit. Herausgeg. vom Verbande der Reichspost- und Telegraphenbeamtinnen. Berlin 1918. — Die Frauenarbeit in der Metallindustrie während des Krieges. Herausgeg. vom deutschen Metallarbeiterverband. Stuttgart: Schlicke & Co. 1917. — Frauenberufsberatung, Vergangenheit und Zukunft der. Reichsarbeitsblatt Jg. 1, Nr. 28, 30. — Freese, H.: Die konstitutionelle Fabrik . 3. Aufl. 1919. — Frenz, W.: Kritik des Taylorsystems. 1920. — Freundlich, Emmy: Industrielle Arbeit der Frau im Kriege. Wien: Anzengruber 1918. — Freytag, E.: Die Laufbahn des Ingenieurs. Leipzig 1913. — Friederici: Berufsausbildung und Berufsausbildungsmöglichkeiten für Hilfsschüler. Die prakt. Berufsberatung, Dresden 1922. — Fröschels: Über die Erwerbs- und Berufstätigkeit sprach- und stimmgestörter Kriegsbeschädigter. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1920, S. 241. — Frucht, Fr.: Die Ausbildung der kaufmännischen Lehrlinge, unter besonderer Berücksichtigung kaufmännischer Lehrlingsprüfungen. Leipzig: Teubner 1920. — Fuerst, T.: Körperliche Eignung zum gewerblichen Beruf. — Fulda, Fr. W.: Zum Beruf geboren. Tat-Flugschriften. Jena 1919, S. 182. — Fürst, M.: Veranstaltungen für die Berufswahl der Volksschüler und Volksschülerinnen. Die soziale Praxis. Zeitschr. f. Sozialpolitik Jg. 21, Nr. 41. 1912. — Fürstenheim: Die seelische Berufseignung vom Standpunkte des Arztes. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1922, H. 2. — Gaebel, Käthe: Die Allgemeinen Bestimmungen und Allgemeinen

Grundsätze für die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung. Reichsarbeitsblatt Nr. 10 vom 16. Mai 1923. — Gaebel, Käthe: Die Bekämpfung der unlauteren und unzugänglichen privaten Fachschulen unter besonderer Berücksichtigung von Handel und Gewerbe. — Gaebel, Käthe: Die berufspsychologischen Arbeiten der Landesämter für Arbeitsvermittlung und der Berufsberatung bei den öffentlichen Arbeitsnachweisen. Reichsarbeitsblatt Jg. 5, Nr. 1. — Gaebel, Käthe: Das Lehrlingswesen in Deutschland. Reichsarbeitsblatt Nr. 12 vom 24. März 1926. — Gaebel, Käthe: Wer soll Berufsberatung treiben? Deutsche Allgem. Ztg. Jg. 63, Nr. 606 vom 24. Dez. 1924. — Gaebel, Käthe: u. Magistratsrat Schulz Heimarbeit im Kriege. Berlin: Vahlen 1917. — Gairing: Arbeitsnachweis und Berufsberatung. Rundschau f. Kommunalbeamte, Nr. 8 vom 21. Febr. 1925. — Gerland: Berufskunde in der ländlichen Fortbildungsschule. Zeitschr. f. d. ges. Fortbildungsschulwesen in Preußen Bd. 11. 1914. — Die gesetzliche Regelung der beruflichen Ausbildung der Jugendlichen in Deutschland, mit besonderer Berücksichtigung der Berufsberatung und Berufsauslese. Lehrlingsschutz u. Berufsfürsorge Jg. 1, H. 5 vom 1. Sept. 1924. — Gewerbeordnung für das Deutsche Reich. — Gewerkschaftliche Frauenzeitung. Verlag C. Legien, Berlin SO, Engelufer 15. 14täg. Preis viertelj. 0,40 M. — Giese: Berufspsychologie und Arbeitsschule. Leipzig: Schulwissenschaftl. Verlag 1921. — Giese, F.: Handbuch psychodiagnostischer Methoden, 2. gänzl. veränderte Aufl. der „Eignungsprüfungen an Erwachsenen". 1924. — Giese, Fritz: Psychologie und Psychotechnik. Dessau 1922. — Giese: Psychologie und Psychotechnik. Bd. 2 der Studien- und Berufsführer von Dünnhaupt, Dessau. — Giese, F.: Psychotechnisches Praktikum. 1923. — Giese, F.: Theorie der Psychotechnik. 1924. — Gilbreth, F. B.: Bewegungsstudien. (Frei bearbeitet von Collin Ross.) 1921. — Gilbreth, F. B.: Verwaltungspsychologie. (Deutsch von J. M. Witte.) 1922. — Göhre, Paul: Drei Monate Fabrikarbeiter und Handwerksbursche. Volksausgabe o. J. (1913) Grunow. — Goldscheid: Höherentwicklung und Menschenökonomie. (Philos.-soziolog. Bücherei.) Leipzig 1911. — Ottlilienfeld, Gottl. F. v.: Arbeit als Tatbestand des Wirtschaftslebens. Arch. f. Sozialw. u. Sozialpol. Bd. 50, S. 289. — Gottstein-Tugendreich: Sozialärztliches Praktikum. 2. Aufl. 1920. — Gottweiss, Wilh.: Vorschläge für die Berufsberatung Taubstummer. Die prakt. Berufsberatung, Dresden 1922. — Grempe, M.: Das Kino im Dienste der Berufswahl-Beratung. Die Lichtspielbühne im Dienste des Schulunterrichts und der Volksbildung, Jg. 2, Heft Nr. 16. 1918. — Grotjahn, A.: Soziale Pathologie. 3. Aufl. 1923. — Grotjahn-Kaup: Handwörterbuch der sozialen Hygiene. — Gruber, H.: Berechtigungen der höheren und mittleren Lehranstalten für die weibliche Jugend. Berlin: Weidmannsche Buchh. 1918. — Grundsätze für eine gemeinnützige Berufsberatung des weiblichen Geschlechts. Die Frau, Nov. 1911. Berlin: Möser. — Haering, Wilh. u. Elfriede Steuer: Verkaufskunde, Berufskunde. I. Teil. Leipzig u. Berlin: Teubner 1914. — Hamburger Zentrale für Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung. Arbeitsnachweis in Deutschland 1916, S. 236. — Hampke, Thilo: Die Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung. Das deutsche Handwerksblatt, Jg. 11, H. 6, S. 124. 1917. — Handelsgesetzbuch für das Deutsche Reich. — Die Handschriftenbeurteilung im Dienste der Berufsberatung. Concordia Jg. 25, Nr. 8. 1918. — Harms, C.: Die Entwicklungsstadien der Lungentuberkulose, ihre Erkennung, Behandlung und Erfassung. Leipzig: C. Kabitzsch 1926. — Harms: Handb. d. Staatswiss. Bd. I. Artikel Arbeit. — Harms: Der Maximalarbeitstag. 1906 (viel Literatur). — Hauptmann, E.: Die Berufskunde in der Buchbinderklasse der Fortbildungsschulen. Im Auftrage der Stadt Straßburg bearbeitet von van Hauten. 1905. — Hedler, A.: Berufsberatung an den höheren Schulen. Dtsch. Philologenbl. 1916, S. 519. — Hedler, A.: Berufswahl, Begabung und Arbeitsleistung. Ebenda Jg. 26, Nr. 15/16, S. 121. 1918. Bespricht Ruttmanns „Berufswahl, Begabung und Arbeitsleistung." — Heilandt, A.: Die Werkschule der AEG-Fabriken, Brunnenstraße. AEG-Mitt. Jg. 14, Nr. 12. 1918. — Heinitz, W.: Vorstudien über die psychologischen Arbeitsbedingungen des Maschinenschreibens. Zeitschr. f. angew. Psychol. 1917, H. 1/2. — Hell, Elise: Jugendliche Schneiderinnen und Näherinnen in München. (Eine Untersuchung ihrer volkswirtschaftlichen Lage mit besonderer Berücksichtigung der handwerksmäßigen Ausbildung.) Stuttgart: Cotta 1911. — Hellpach, W.: Die Arbeitsteilung im geistigen Leben. Arch. f. Sozialwiss. u. Sozialpol. Bd. 35 u. 36. — Hellpach, W.: Die geistigen Kräfte der Wirtschaft. Technik u. Wirtsch. Bd. 14, H. 1. — Hellpach, W.: Die geopsychischen Erscheinungen. Wetter, Klima und Landschaft in ihrem Einfluß auf das Seelenleben. 3. Aufl. 1923. — Hellpach, W.: Nervenleben und Weltanschauung. 1906. Hellmich, W.: Was will Taylor? (Druckschr. 3 des Aussch. f. wirtsch. Fertigung.) 3. Aufl. 1921. — Heng: Berufstätigkeit und Frauenkrankheiten. Zentralbl. f. Gewerbehyg. 1912, S. 325. — Heng, Her.: Über den Einfluß der Berufsarten auf die Entstehung der Frauenkrankheiten. — Henze: Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung. Die deutsche Fortbildungsschule Jg. 27, Nr. 10, S. 230—233. — Herbertz, R.: Zur Psychologie des Maschinenschreibens. Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 2. 1909. — Herrfahrdt, H.: Das Problem der berufsständischen Vertretung. Stuttgart 1921. — Herkner: Arbeit und Arbeitsteilung. Tübingen 1914. — Herkner, Heinr.: Arbeit und Arbeitsteilung, im „Grund-

riß der Sozialökonomik". — Herkner: Arbeiterfrage. 6. Aufl. 1921. — Herkner, H.: Arbeitsfreude in Theorie und Praxis der Volkswirtschaft. 1905. — Herrmann, A.: Zur Berufswahl unserer 14jährigen schulentlassenen Mädchen. Die Jugendfürsorge 1908, Nr. 11. — Hermann, Judith: Die deutsche Frau in den akademischen Berufen. Leipzig: Teubner 1915. — Die jugendlichen Arbeiter in Deutschland. H. 1—6. Jena: G. Fischer 1910/11. (Schriften d. Ges. f. soziale Reform Bd. 4.) — Herold: Berufswahl und Schule. Dtsch. Philologenbl. Jg. 20, Nr. 46. 1912. Erfahrungen an der lateinischen Hauptschule in Halle. — Hertz, P. u. R. Seidel: Arbeitszeit, Arbeitslohn und Arbeitsleistung. 1922. — Herzberger, O.: Zur See! Wegweiser für die seemännischen Berufe der Handelsmarine. Bremen: Allstaedt 1912. — Herzfeld, Georg: Vorschriften für die Feststellung der körperlichen Tauglichkeit für den Eisenbahndienst. Berlin 1910. — Heyde, L.: Abriß der Sozialpolitik. 1920. — Hildebrandt, G.: Die Befreiung des Arbeiters und der Arbeit. 1920. — Heubaum, Al.: Das Zeitalter der Standes- und Berufserziehung. 1. Bd.: Die Geschichte des deutschen Bildungswesens. Berlin: Weidmann 1905. — Hildebrandt, P.: Die Berufsberatung an den höheren Schulen in Preußen nach dem neuen Ministerialerlaß. Dtsch. Philologenbl. Jg. 26, Nr. 21/22, S. 173—176. 1918. — Hilfsbuch für die Berufsberatung. Wegweiser für die Jugend in das Gewerbe. Herausgeg. von der Lehrlingsfürsorgekommission in Wien. 1917. — Hilfsbuch für gewerbliche Berufsberatung. Herausgeg. und verlegt von der Lehrlingsfürsorgekommission des Fortbildungsschulrates in Wien. Wien 1918. — Hinsche, G.: Berufsberatung als Lehrgegenstand der Hochschule. Prakt. Psychol. Jg. 2, Nr. 12. Sept. 1921. — Hirsch, M.: Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau usw. Stuttgart: Enke 1919. — Hische, W.: Von der Berufswahl. Der freie Angestellte, Nr. 19 vom 8. Okt. 1924. — Hoche, P.: Neuzeitliche Berufsberatung. Dtsch. Konfektion Jg. 27. 12. Sept. 1925. — Hoche, Paul: Neuzeitliche Berufsberatung. St. Lucas Jg. 36, Nr. 30 vom 26. Juli 1925. — Hoche, Paul: Neuzeitliche Berufsberatung. Die Metallwaren-Ind. u. Galvano-Techn. Jg. 24, Nr. 4 vom 15. Febr. 1926. — Hochschule, Die. Blätter für akademisches Leben und studentische Arbeit. Herausgeber: Dr. Gerhard Niedermeyer u. Franz Irmer, Furche-Verlag. Berlin. — Hoffmann: Berufswahl und Nervenleben. (Erschienen in den Grenzfragen d. Nerven- u. Seelenlebens.) — Hoffmann, G. O.: Arbeitsdauer und gewerbliche Produktion Deutschlands nach dem Weltkrieg. Schriften d. dtsch. Ges. f. soz. Recht, herausgeg. von P. Schmittmann, H. 8. 1922. — Hölk, C.: Vorträge über die Berufswahl für Schüler der Oberklassen, veranstaltet am Johanneum in Lüneburg. Neue Jahrb. f. Pädagog. 1911, S. 427—442. — Horneffer, G.: Die große Wunde. 1921. — Hösle: Die Schulpflegerin. Ein neuer Frauenberuf. Leipzig: Quelle & Meyer 1917. — Horst-Kriz: Führer bei Beurteilung der Berufswahl für Schulärzte an gewerblichen Fortbildungsschulen. — Hylla, E.: Über die Bedeutung der Schule für die psychologische Berufsberatung. Dtsch. Schule 1916. — Hylla, E.: Die Schule und die psychologische Berufsberatung. Ebenda Jg. 20, H. 12. 1916. — Hylla, E.: Entwurf eines Fragebogens für berufspsychologische Beobachtungen in der Schule. Zeitschr. f. angew. Psychol. Jg. 12, H. 5/6, S. 372—385. 1917. — Hylla, E.: Über die Verwertung der Schulbeobachtung für die Psychologie der Berufseignung. Blätter f. d. Fortbild. d. Lehrers u. d. Lehrerin Jg. 11, S. 193—206. 1918. — Hylla, E.: Vorfragen zum Problem der psychischen Eignung für den Lehrberuf. Dtsch. Schule Jg. 22, H. 8/9, S. 273—285, 337—348. 1918. — Immisch, O.: Wie studiert man klassische Philologie? Stuttgart 1909. — Industrielle Psychotechnik. Angewandte Psychologie in Industrie, Handel, Verkehr, Verwaltung. Handelshochschule, Berlin: Julius Springer. — Internationale Rundschau der Arbeit. — Jacobi, R.: Der Journalist. Das Buch der Berufe, Bd. VIII. Hannover: Jänecke 1902. — Jäger: Die menschliche Arbeitskraft. 1878. — Jahresbericht des Berufsamtes der Stadt Berlin. 1. Jahresbericht: 1. April 1920 bis März 1921. Berlin: Röwer 1921. — Jahresbericht der Preußischen Gewerbeaufsichtsbeamten. Herausgeg. vom Ministerium für Handel und Gewerbe. Berlin 1922 u. 1923. — Jende-Radomski, Hilde: Frauenberufe. (Dünnhaupts Studien- u. Berufsführer, Bd. 5) Dessau 1924. — Jende-Radomski, Hilde: Was erwartet die Berufsberatung von den Ausführungsbestimmungen zum Arbeitsnachweisgesetz? Arbeit u. Beruf Jg. 2, Nr. 2 vom 25. Nov. 1922. — Jugendwohlfahrtsgesetz vom 9. Juli 1922. — Kaehler, Wilhelm: Wie studiert man auf der Handelshochschule? Stuttgart 1905. — Kammel: Akademische Berufsberatung im 18. und 19. Jahrhundert. In: 16. Jahresber. d. Vereins f. christl. Erziehungswissenschaft. — Keferstein, H.: Zur Frage der Berufsethik in Familie, Gemeinde, Kirche und Staat. Langensalza 1905. — Kern-Müller, Franziska: Beruf und Berufswahl. Leipzig 1923. — Kerchenheimer: Das Berufsinteresse als Bildungsgrundlage. Praxis d. Berufsschule Jg. 3, H. 17, S. 261. 1923. — Kerschensteiner, G.: Begriff der Arbeitsschule. 4. Aufl. 1920 — Kerschensteiner, G.: Grundfragen der Schulorganisation. 1912. — Kirch, A.: Die praktische Berufsberatung unter besonderer Berücksichtigung der körperlich oder geistig Anormalen und Erwerbsbeschränkten. Die prakt. Berufsberatung, Dresden 1922. — Kirchert, Fr.: Berechtigungen für Schüler und Schülerinnen anerkannter Mittelschulen. Halle: Schroedel 1918. 19 S. — Kirchner, Richard: Zur Berufswahl. Der Grundstein, Hamburg, 14. Febr. 1925. — Klatt: Die Berufswahl der preußischen Abiturienten 1903.

Monatsschr. f. höh. Schulen 1907. — Klatt, F.: Die schöpferische Pause. 1921. — Kniest, Wilh.: Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung. Dtsch. Korbmacher-Ztg. Jg. 40, Nr. 15 vom 9. April 1925. — Knoff, Paul: Ausbildung der Berufsberater. Arbeit u. Beruf, Nr. 4 vom 25. Jan. 1922. — Koch: Über die psychopathischen Minderwertigkeiten. — Koelsch, F.: Allgemeine Gewerbepathologie und -hygiene (in Weyls Handb. d. Hyg.). 2. Aufl. 1914. — Koelsch, Franz: Berufswahl und körperliche Anlagen. 4. Aufl. München: Oldenbourg 1912. — Koelsch, Franz: Berufswahl und körperliche Anlagen. Veröff. d. Dtsch. Vereins f. Volkshyg., H. 2. München u. Berlin 1912. — Koelsch, Fr.: Berufswahl und körperliche Anlagen. Berlin 1912. — Koelsch, Franz: Einfluß von Arbeit und Beruf auf Krankheit und Sterblichkeit. Krankheit und soziale Lage, von Mosse-Tugendreich. München: Lehmann 1912. — Koelsch, Franz: Die meldepflichtigen Berufskrankheiten. München 1926. — Koelsch, Franz: Fürsorge in gewerblichen Betrieben. In Moeller: Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reich. 1923. — Köhler, A.: Academicus. 5. Ausg. Leipzig: Lorentz 1924. — Kollmann, P.: Berufliche und soziale Gliederung des deutschen Volkes nach der Berufszählung vom 12. VI. 1907. Jahrb. f. Gesetzgeb., Verwalt. u. Wirtschaftsleben im Deutschen Reich 1914, S. 1179—1258. — Koschwitz-Thurau: Anleitung zum Studium der französischen Philologie. 4. Aufl. Marburg 1912. — Kraepelin, E.: Die Arbeitskurve. Phil. Studien. Herausgeg. von W. Wundt, Bd. 19. 1902. — Kraft: System der technischen Arbeit. 1. Abt.: Die ethischen Grundlagen der technischen Arbeit. Leipzig 1902. — Krais, Felix: Die Verwendungsmöglichkeiten der Kriegsbeschädigten. Stuttgart 1916. — Krais, Dora: Eignungsprüfungen bei der Einführung von weiblichen Ersatzkräften in das Stuttgarter Buchdruckgewerbe (Juli—August 1917). Zeitschr. f. angew. Psychol. 1917, H. 1/2. — Kretschmer: Körperbau und Charakter. 1922. — Kroll, W.: Das Studium der klassischen Philologie. 3. Aufl. Greifswald 1910. — Krüppelfürsorgegesetz vom 6. Mai 1920. — Kuckhoff, J.: Die Berufswahl und höhere Schulbildung unserer Söhne. Köln: Benzinger 1919. — Kuckhoff, J.: Die Berufswahl und höhere Schulbildung unserer Söhne. Ein Wegweiser durch die höhere Schule zum Studium und Erwerb. Für Schüler, Eltern und Lehrer. Köln 1918. — Kuckhoff: Höhere Schulbildung und Wirtschaftsleben, Erwerbsaussichten und Berufsberatung der Schüler höherer Lehranstalten. München-Gladbach 1916. — Ach, Kühle u. Passarge: Beiträge zur Lehre von der Perseveration. Leipzig: A. Barth 1926. — Kühne, Simon: Berufserziehung und Arbeiter. Jena: G. Fischer 1920. — Kühne: Berufswahl und Berufsberatung. Berlin: Trowitzsch & Sohn 1919. — Kühne, Alfred: Die Berufswahl in Handel und Gewerbe. Berlin: Scheibe 1910. (Die Fortbildungsschule Jg. 5, Nr. 10. 1910.) — Kühne, Alfred: Über die Notwendigkeit und die Aufgaben der Berufsberatung. — Kühne, A.: Handbuch für das Berufs- und Fachschulwesen. 1923. — Kühne, A.: Über die Notwendigkeit und die Aufgaben der Berufsberatung. Flugschr. z. Berufsberatung, H. 1. Berlin 1920. — Kühne, A.: Über die Notwendigkeit und Bedeutung der Berufsberatung. Flugschr. z. Berufsberatung, herausgeg. vom Ausschuß f. Berufsberatung, H. 1. Berlin: Simion 1919. — Kunze, Kurt: Die gesundheitliche Ertüchtigung Schulentlassener als Aufgabe der Berufsberatung. Arbeit u. Beruf Jg. 2, Nr. 11 vom 25. Aug. 1923. — Kunze: Die Berufsberatung und die Wirtschaft. Blätter f. Wohlfahrtspflege, H. 5. Mai 1924 (herausgeg. vom Sächs. Landesamt für Wohlfahrtspflege). — Lang, R. u. W. Hellpach: Gruppenfabrikation. 1922. — Der Landwirt und verwandte Berufe. Herausgeg. vom Landesarbeitsamt Niedersachsen. Hannover 1924. — Langenbeck: Zur Berufswahl des Landwirts. Flugschr. d. Dtsch. Landwirtschaftsges., H. 17. Berlin 1914. — Langstein: Forderungen für die Gestaltung des Berufes der Krankenpflegerinnen. Med. Klinik 1918, Nr. 32. — Langstein u. Rott: Der Beruf der Säuglingspflegerin. Berlin: Julius Springer 1915. — Lasurki, A.: Über das Studium der Individualität. Pädagog. Monographien, herausgeg. von Meumann, Bd. 14. Leipzig: Nemnich 1912. — Lauber, Hans: Handb. d. ärzt. Berufsberatung. Wien: Urban & Schwarzenberg 1923. — Lauer, Amalie: Landwirtschaft und Heimarbeit in Deutschland. Dr.-Diss. Tübingen 1915. — Lederer, E.: Zum sozialpsychischen Habitus der Gegenwart. Arch. f. Sozialwiss. u. Sozialpol. Bd. 46. — Lehmann, K.: Erziehung und Arbeit. 1914. — Lehmann, K. B.: Kurzes Lehrbuch der Arbeits- und Gewerbehygiene. 1919. — Der kommende Lehrlingsmangel. Der Deutsche Jg. 6 Nr. 32 vom 7. Febr. 1926. — Das Lehrlingswesen und die Berufserziehung des gewerblichen Nachwuchses. Schriften d. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt, H. 7. Berlin: C. Heymann 1912. — Das Lehrlingswesen der preußisch-hessischen Staatseisenbahnverwaltung unter Berücksichtigung der Lehrlingsverhältnisse in Handwerks- und Fabrikbetrieben. Berlin 1918. — Lehrstellenvermittlung und Berufsberatung. Vorträge, gehalten auf dem vom Verband Märkischer Arbeitsnachweise veranstalteten Ausbildungskurses für Lehrstellenvermittlung und Berufsberatung, Berlin 1914. — Leitsätze des Reichsamts für Arbeitsvermittlung (jetzt Reichsarbeitsverwaltung) vom 26. Juni 1922. — Leja, Aug.: Geleitbüchlein für entlassene Schüler. — Lembke: Berufsberatung für ländliche Berufe. — Leonhardt, Eduard: Ratgeber für die weibliche Berufswahl. Wien u. Leipzig 1909. — Levenstein, A.: Die Arbeiterfrage. 1922. — Levy-Rathenau, J.: Aufgaben und Organisation der Berufsberatung. Die Tat, Jg. 8, H. 10. 1916/17. —

Levy-Rathenau, Josephine: Die deutsche Frau im Beruf. 5. Aufl. Berlin 1917. — Levy-Rathenau u. Lisbeth Wilbrandt: Die deutsche Frau im Beruf. Prakt. Ratschläge zur Berufswahl. Berlin 1906. (Handb. d. Frauenbewegung, Bd. 5.) — Levy-Rathenau: Die Frau als technische Angestellte. (H. 1 der Schriften des Frauenberufsamts.) Leipzig: Teubner 1914. — Levy-Rathenau, J.: Krieg und Frauenberufsleistungen. Sonderabdruck. Frauenbildung Jg. 14, H. 2. Leipzig: Teubner. — Lewandowski, A.: Die gesundheitliche Überwachung der schulentlassenen Jugend. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1918, Nr. 12. — v. d. Leyen, Fr.: Das Studium der deutschen Philologie. München: Reinhardt 1913. — Liebenberg, Richard: Das Berufsberatungsprotokoll. Berufskundl. Mitt. Jg. 2, Nr. 22 vom 20. Dez. 1924. — Liebenberg, Richard: Das Berufsamt als Helfer von Handwerk und Industrie. Liebenberg, Richard: Grundsätze für die Vorbildung und Ausbildung der Berufsberater. Arbeit u. Beruf, Nr. 11 vom 25. Aug. 1922. — Liebenberg: Das Berufsberatungsprotokoll. Der öffentl. Arbeitsnachweis Jg. 1, Nr. 7/8 vom 15. Febr. 1925. — Liebenberg, Richard: Berufsberatung, Methode und Technik. Leipzig: Quelle & Meyer 1925. — Lindowsky, J.: Theoretische Psychoanalyse im Umriß. Leipzig: J. A. Barth 1926. — Link, C.: Eignungspsychologie. München u. Berlin: R. Oldenburg. — Link, H. C.: Eignungspsychologie. (Deutsch von J. M. Witte.) 1922. — Lipmann, O.: Berufseignung, Berufswahl, Berufsberatung. 1922. — Lipmann, O.: Bibliographie zur psychologischen Berufsberatung, Berufseignungsforschung und Berufskunde. Leipzig: J. A. Barth 1922. — Lipmann, O.: (unter Mitwirkung von F. Baumgarten) Bibliographie zur psychologischen Berufsberatung, Berufseignungsforschung und Berufskunde. (Schr. z. Psych. d. Berufseign. u. d. Wirtschaftsl., H. 20.) 1922. — Lipmann, O.: Das Arbeitszeitproblem. 1924. — Lipmann, O.: Die Verwendbarkeit des Films für die Berufsberatung. Zeitschr. f. Kinderschutz, Familien- u. Berufsfürsorge, Wien 1924, Nr. 2 u. 3. — Lipmann, O.: Eignungsforschung. Zeitschr. f. Hochschulpädagog. Jg. 9, S. 73—79. 1918. — Lipmann, O.: Handbuch psychologischer Hilfsmittel der psychiatrischen Diagnostik. 1922. — Lipmann, O.: Psychologie der Berufe (in Handb. d. vergleich. Psychol., herausgeg. von G. Kafka, Bd. II). 1922. — Lipmann, O.: Psychologie der Frauenarbeit. Die Frau Bd. 27, H. 11, S. 337—341. 1920. — Lipmann, O.: Psychologische Berufsberatung. Flugschr. d. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt, Berlin: Heymann 1917. — Lipmann, O.: Psychologische Berufsberatung, Ziele, Grundlagen und Methoden. 2. Aufl. 1919. — Lipmann, O.: Die psychologische Analyse der höheren Berufe. (Bd. I der akademischen Berufe). Berlin 1920. — Lipmann, O.: Psychologische Berufsberatung; Ziele, Grundlagen, Methoden. Berlin: Heymann 1917. — Lipmann, O.: Psychologische Charakteristik der „mittleren" Berufe. Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 12, H. 1/2, S. 99—107. — Lipmann, O.: Statistik des Berufswechsels. Concordia Jg. 25, Nr. 8. S. 81—84. 1918. Angaben über die Berufsstatistik nach den Ergebnissen der Volkszählung vom 31. Okt. 1910 in Österreich. — Lipmann, O.: Wirtschaftspsychologie und psychologische Berufsberatung. Leipzig 1918. — Lipmann, O.: Wirtschaftspsychologie und psychologische Berufsberatung. 2. Aufl. 1922. (Schr. z. Psychol. d. Berufseign. u. d. Wirtschaftsl., Nr. 1.) — Lippert, J.: Der Gewinnbeteiligungsgedanke und seine Grundlagen. 1922. — Literatur über Berufsberatung, zusammengestellt von der Bibliothek des Frauenberufsamtes des Bundes deutscher Frauenvereine. Berlin 1917. — Literatur zur Berufsberatung. Beiträge zur Berufsberatung, H. 1. Herausgeg. vom Zentralinstitut f. Erziehung u. Unterricht. 2. Aufl. Berlin: Mittler & Sohn 1919. Desgl. H. 2. — Lobedank: Der Militärarzt. Leipzig: Thieme 1903. — Loewe, Emma: Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung. „Aus der Praxis der kaufm.-weiblichen Abteilung des Berufsamtes Frankfurt a. M." Arbeit u. Beruf Jg. 4, Nr. 18 vom 25. Sept. 1925. — Lohr: Vorträge über Berufswahl. Blätter f. höh. Schulwesen 1912, Nr. 25 u. 26. — Lotmar, Philipp: Die Freiheit der Berufswahl. Leipzig 1898. — Lüders, M. E.: Die Fortbildung und Ausbildung der im Gewerbe tätigen Personen weiblichen Geschlechts (Staats- und sozialwissenschaftliche Forschungen). Leipzig: Duncker & Humblot 1912. — Lütticii, A.: Arbeitsvermittlung im Dienste der Wirtschaft. Gewerkschaftszeitung, Berlin Nr. 21 vom 22. Mai 1926. — Lysinski, E.: Psychologie des Betriebes. 1923. — v. Maday, St.: Psychologie der Berufswahl. Sonderabdruck a. d. Monatsheften f. Pädagog. u. Schulpol. Jg. 4, H. 12. 1912. — Marloth, K.: Taschenbuch für erste Hilfe bei Unglücksfällen beim Sport, Wandern und zu Hause. Leipzig: C. Kabitzsch 1926. — Martin, R.: Anthropometrie. Berlin: Julius Springer 1925. — May, A.: Berufsberatung durch den Lehrer. Pharus Jg. 9, S. 343—353. 1918. Organisationsvorschläge in Anlehnung an Hamburger Verhältnisse. — May, Alb.: Berufsberatung und Berufskunde in der Volksschule. Die Arbeitsschule 1917, Nr. 5/6, S. 142ff. — Meerwarth, R.: Die Berufs- und Betriebszählung im Deutschen Reich vom 12. Juni 1907 und ihre Literatur. Dtsch. statist. Zentralbl. Jg. 4, S. 135, 161, 215, 289, 350. 1912; 1913, S. 129; 1914, S. 305. — Mehner, M.: Die Berufswahl der Knaben im Anschluß an die Volksschule. Im „Buch vom Kinde". Leipzig: Teubner 1907. — Merkblatt für Berufsberatung und Berufsfürsorge, für Geistliche, Lehrer, Erzieher, Jugendpfleger und sonstige Freunde der Jugend. Heft 8 des Merseburger Lehrganges für Jugendpfleger und Jugendpflegerinnen. Langensalza 1918. — Merkblatt über die Berechtigungen der voll-

ausgestalteten Knaben-Mittelschulen. — Merkblatt über die Berechtigungen der vollausgestalteten Mädchen-Mittelschulen. Halle a. S.: Schroedel 1918. — Merkblätter für Berufsberatung, herausgeg. von der deutschen Zentralstelle für Berufsberatung der Akademiker. 1ff. Berlin 1919. — Merkblätter für Berufsberatung, herausgeg. von der deutschen Zentralstelle für Berufsberatung der Akademiker. Zum Preis von 0,20 M. für jedes Stück zu beziehen vom Sekretariat der deutschen Zentralstelle für Berufsberatung der Akademiker, Berlin NW. 7, Georgenstr. 44. — Metscher, Gustav: Berufsneigung und Berufseignung. Spandauer Ztg. Nr. 44 vom 21. Febr. 1926. — Michaelis, R.: Die Berufswahl. Allgemeine Grundgedanken und Ratschläge. Leipzig 1914. — Michel, E.: Arbeitsvorbereitung. 1924. — Michel, E.: Wie macht man Zeitstudien? 1920. — Miethe, Käthe: Probleme der Berufswahl. Dtsch. Allgem. Ztg. Nr. 99 vom 27. Febr. 1925. — Mildebrath, Georg: Lehrlingsausbildung und Gehilfenprüfung im Handel. Dtsch. Bergwerks-Ztg., Essen. Nr. 121 vom 27. Mai 1926. Militärärztliches Bildungswesen. Bestimmungen über die Aufnahme von Studierenden in die Kaiser-Wilhelms-Akademie zu Berlin. Berlin: Mittler & Sohn. — Ministerialblatt der Handels- und Gewerbeverwaltung. Berlin: Heymann 1919 u. 1923. — Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten. Stuttgart: Cotta. — Ministerialblatt der Preuß. Verwaltung für Landwirtschaft, Domänen und Forsten. Berlin: Parey. — Mittenzwey: Die Berufswahl für Eltern, Vormünder, Lehrer und die heranwachsende Jugend. Leipzig 1910. — Moede, W.: Die Experimentalpsychologie im Dienste des Wirtschaftslebens. Berlin 1919. — Moede, Piorkowski u. Wolff: Die Berliner Begabtenschule. Langensalza 1918. — Moede, W.: Experimentelle Massenpsychologie. 1923. — Moede, W. u. C. Piorkowski: Praktische Psychologie. — Moeller, Hero: Die sozialökonomische Kategorie des Wertes. Zeitschr. f. Volksw., N. F. Bd. 1, S. 203ff. — Moeller, Joh.: Die Schule als Beraterin bei der Berufswahl. Monatsschr. f. höh. Schulen 1913, S. 140—143. — Müller, Franziska: Zur Einführung einer statistischen Berichterstattung der Berufsämter. Reichsarbeitsblatt 1922, S. 364. — Müller, Franziska: Zur Organisation der Berufsberatung in Deutschland. Prakt. Psychol. Jg. 2, Nr. 4 vom Jan. 1921. — Müller, Fr.: Wie studiert man Medizin? München 1912. — Müller, Joh.: Beruf und Stellung der Frau. 3. Aufl. München 1906. — Mueller, P. G.: Richtlinien für die Berufsberatung Schwachbefähigter. Vortrag, gehalten in der Mitgliederversammlung am 8. März 1918. Hamburg: Verl. Kinderschutz u. Jugendwohlfahrt 1918. — Müller, R.: Berufswahl, Ratgeber für Mädchen und Frauen. Nach amtl. Quellen zusammengestellt. Königsberg i. Pr. — Müller, R.: Ratgeber bei der Berufswahl. Bd. 1, nach amtl. Quellen zusammengestellt. Königsberg i. Pr. 1913. — Münch: Geburtenrückgang und Berufspolitik. Arbeit u. Beruf Jg. 4, Nr. 19 vom 10. Okt. 1925. — Münsterberg, H.: Experimentalpsychologie und Berufswahl. Zeitschr. f. pädag. Psychol. Jg. 13, H. 1, S. 1—7. — Münsterberg: Psychotechnik. Leipzig 1914. — Münsterberg, H.: Grundsätze der Psychotechnik. Leipzig 1914. =2. Aufl. 1920. — Münsterberg, H Psychologie und Wirtschaftsleben. 2. Aufl. Leipzig 1913. 5. Aufl. Leipzig 1922. — Muthesius, H.: Handarbeit und Massenerzeugnis. Techn. Abende im Zentralinst. f. Erzieh. u. Unterr., H. 4. 1917. — Nath, M.: Die Berufswahl und provinzielle Verteilung der Abiturienten preußischer höherer Lehranstalten im Schuljahr 1901/02. Monatsschr. f. höh. Schulen 1902, S. 593. — Nenke, O.: Das Holzgewerbe. 1910. (Berufskundl. Schriften d. Provinzialberufsamts Brandenburg, H. 1. Berlin 1920.) — Nenke, O.: Die Feststellung der Berufseignung in der Volksschule. Der Arbeitsnachweis in Deutschland Jg. 5, Nr. 6, S. 112—118. 1918. — Nenke, O.: Jugendkunde. Ebenda Jg. 4, H. 10, S. 197—200. 1917. — Nenke, O.: Neue Wege in der Berufsberatung. Ebenda Jg. 4, S. 221. 1916. — Nenke, Otto: Die wirtschaftlichen Gesichtspunkte in Berufswahl und Berufsberatung. Berlin 1919. — Nenke, O.: Wirtschaftliche Belehrungen vor der Berufswahl in der Volksschule. Der Arbeitsnachweis in Deutschland Jg. 5. 1917. — Neumann, Theodor: Berufsberatung, Besprechung, Theorie und Vorschläge für die Praxis. Lehrlingsschutz u. Berufsfürsorge Jg. 1, H. 1 vom 1. Mai 1924. — Nolen, W., A. A. Hymans, v. d. Bergh, J. Siegenbeek u. van Heukelom: Lebensversicherungsmedizin. Berlin: Julius Springer 1925. — Oberle, W.: Über die Anstellungsaussichten der Philologen. Sonderabdruck aus der „Akad. Rundschau", Zeitschr. f. d. ges. Hochschulwesen u. d. akad. Berufsstände Jg. 3. 1914. — Oberle, W.: Zur Überfüllung der Oberlehrerlaufbahn. Dtsch. Philologenbl. Jg. 27, S. 82. 1919. — Oberle u. Simon: Die Verhältnisse von Nachfrage und Angebot in der Oberlehrerlaufbahn. Sonderabdruck aus dem Dtsch. Philologenblatt. Leipzig: Quelle & Meyer 1914. Neue Bearbeitung im Dtsch. Philologenblatt Jg. 26. — Obst, G.: Der Bankberuf. Leipzig 1916. 20 S. — Oebbecke: Schulpsychologie und Beteiligung der Schulärzte, insbesondere bei der Berufsberatung und Auswahl der Begabten. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1918, Nr. 12. — Oesterreich: Berufswahl und Berufsberatung der Absolventen höherer Schulen. Mathem.-naturwiss. Bl. Jg. 11, S. 82—85. 1914. — Oesterreich, P.: Menschenökonomie! Zur Frage Berufsberatung. Arch. f. Sozialwiss. u. Sozialpol. Bd. 40 u. 41, S. 805—814. 1916. — Die Offizierslaufbahn in der Reichsmarine. Kiel: Mühlau 1922. — Oldenburg, G.: Das landwirtschaftliche Unterrichtswesen im Königreich Preußen. 692 S. Berlin: Parey 1913. — Opitz, Karl: Die Gesund-

heitsverhältnisse einiger Berufe mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Berufsberatung. Berlin: R. Schoetz 1919. Aus: Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt. Bd. 9, H. 3 (der ganzen Sammlung 95. Heft). — Oppenheimer, Hilde u. Hilde Radomski: Probleme der Frauenarbeit in der Übergangswirtschaft. Mannheim: Bensheimer 1918. — Organisation und Ausbildung in der Berufsberatungsarbeit. Die Frau 1921. — Otto, E.: Das deutsche Handwerk in seiner kulturgeschichtlichen Entwicklung. (Natur u. Geisteswelt, Bd. 14, 5. Aufl.) Leipzig: Teubner 1920. — Paszkowski, W.: Berlin in Wissenschaft und Kunst. Berlin: Weidmann 1910. — Paulsen, Fr.: System der Ethik. Abschnitt über den Beruf. Bd. II, S. 55ff. 8. Aufl. Stuttgart: Cotta 1916. — Peiseler, G.: Zeitgemäße Betriebswirtschaft. 1921. — Peters, Fr.: Der Beruf des Journalisten. Herausgeg. vom Verbande der Schles. Presse. Breslau: Müller & Seiffert 1906. — Petersen, P.: Der Aufstieg der Begabten. (Vorfragen.) Deutscher Ausschuß für Erziehung und Unterricht. Leipzig: Teubner 1916. — Peter-Stern: Die Auslese befähigter Volksschüler in Hamburg. — Petrenz, O.: Logik und Berufsstatistik des Deutschen Reiches. Dtsch. Statist. Zentralbl. Bd. 9, S. 169. 1912. — Petrich, Hermann: Jugendpfleger und Staat. (Eine Frage der Bevölkerungspolitik.) Halle a. S.: Buchh. d. Waisenhauses 1916. — Pick, Margarete: Ratgeber zur Berufswahl der Frauen. Breslau 1909. — Pilmann, Ott: Die Berufseignung der Schriftsetzer. — Aus der Praxis der Berufsberatung. Neue Bahnen 1916, S. 11. — Pinkerneil, Fr.: Die Berufsberatung der Akademiker. Die Hochschule Jg. 2, Nr. 1, S. 30—39. 1918. — Pinkerneil, Fr. A.: Die Lage des akademischen Arbeitsmarktes. Ebenda Jg. 2, Nr. 9, S. 369—376. 1918. — Piorkowski, C.: Beiträge zur psychologischen Methodologie der wirtschaftlichen Berufseignung. Zeitschr. f. angew. Psychol. 1915, 11. Beih. 84 S. — Piorkowski: Die psychologische Methodologie der wirtschaftlichen Berufseignung. Beihefte f. angew. Psychologie. 2. Aufl. Leipzig. — Piorkowski, Curt: Die psychische Eignung. Aus: Berufswahl und Berufsberatung. — Plank, Mathilde: Arbeit und Recht im neuen Deutschland. Stuttgart: Strecker & Schröder 1917. — Planck, Mathilde: Der Berufsstaat. Jena 1918. — Plate, Erich: Störungen des Ganges, ihre Ursachen und Folgen. (Würzburger Abhandl. a. d. Gesamtmed. Bd. 24, H. 1.) Leipzig: C. Kabitzsch 1926. — Plüddemann, M.: Laufbahn in der Kaiserlichen Marine. Minden 1912. — Plüschke, Paul: Am Wegweiser der Arbeit. Habelschwerdt: Franke 1920. Deutsche Lehrerbücherei. — Pokorny: Berufsberatung von Kriegsinvaliden. Wien. med. Wochenschr. 1916. — Poppelreuter, W.: Die Aufgaben des Landesarbeits- und Berufsamtes bei der Organisation praktisch-psychologischer Einrichtungen. Schriften d. Landes-Arbeits- u. Berufsamtes d. Rheinprovinz H. 3. 1921. — Poppelreuter, W.: Die Arbeitsschauuhr. 1918. — Pottag, A.: Berufsberatung in einem ländlichen Kreise. Vaterländ. Abende, H. 12. Berlin: Union 1918. — Presler, O.: Berufsberatung. Zeitschr. f. lateinlose höh. Schulen Jg. 23, H. 3/4. 1911. — Presler: Berufswahl und Berufsberatung. Monatsschr. f. höh. Schulen 1914, S. 360—368. Mit Literaturnachweisen. — Presler, O.: Berufswahl und Berufsberatung. Pädagog. Arch. 1913, S. 481—490. — Presler, O.: Statistik und Berufswahl. Der Säemann, H. 10. Leipzig 1912. Vorschläge für eine organisierte Berufsstatistik. — Pryll, Walter: Ärztliche Berufsberatung und Krankenversicherung. — Pryll, Walter: Wesen und Organisation der Berufsberatung. — Psychologie und Berufsberatung. Sondernummer des Arbeitsnachweises in Deutschland, Jg. 5, Nr. 6. Berlin 1918. — Der Philologe, in Darstellung von Paul Trautwein u. a., herausgeg. von der deutschen Zentralstelle für Berufsberatung der Akademiker in Berlin. Berlin: Furche-Verlag 1919. (Die akadem. Berufe Bd. 3.) — Praktische Psychologie. Jg. 2. 1920. Zur Organisation der Berufsberatung in Deutschland. — Preußische Gesetzessammlung vom 6. Mai 1920. — Psychologisches Beobachten für die Berufsberatung, H. 4 der Schriftenreiche des Landesarbeitsamtes Sachsen-Anhalt. Magdeburg 1922. — Radomski, Hilde: Die Frau in der öffentlichen Armenfürsorge. Berlin: Moeser 1917. — Raga, Fritz: Die Berufsberatung in Deutschland. Lehrlingsschutz, Jugend- u. Berufsfürsorge Jg. 2, Nr. 3 vom 1. März 1925. — Rake: Zur Aufklärung und Berufsberatung über die kaufmännische Lehre. Hannover: Göhmannsche Buchdr. — Rambousek: Hygienische Gesichtspunkte bei der Berufswahl. Arbeitsmarkt Bd. 14, Sp. 534/39. Berlin. — Ranft, H.: Berufsberatung. Neue Bahnen. Monatsschr. f. wiss. u. prakt. Pädagog. Jg. 26, S. 286—293. Fordert Individualbogen als Ergänzung der Zensuren. — Rathenau, W.: Die neue Wirtschaft. 1922. — Rathenau, W.: Von kommenden Dingen, o. J. — Rathgeb, Heinrich: Berufsbüchlein oder was sollen unsere Kinder werden? Auf Grund der neuen gesetzlichen Bestimmungen bearbeitet, 2. verb. Aufl. Hamm i. W. — Ratgeber zur Berufswahl der Knaben. Leipzig 1919. — Ratgeber für die Berufswahl der Knaben bei ihrer Entlassung aus der Volksschule. Herausgeg. von der Schulverwaltung der Hauptstadt Mannheim. — Ratgeber für die Berufswahl der schulentlassenen Jugend Herausgeg. von der Handwerkskammer zu Flensburg 1907. — Ratgeber für die Berufswahl. Herausgeg. von der Hamburg. Gesellschaft zur Beförderung der Künste und nützlichen Gewerbe. II. Berufe für schulentlassene Mädchen. Hamburg: Meißner 1907. — Ratschläge für die Berufswahl im Rechts-, Wirtschafts- und Verwaltungsleben. Herausgeg. von der Rechts- und Staatswissenschaftl. Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität

Breslau. Tübingen: Mohr 1916. — Rauecker, Bruno: Berufswahl und Berufsberatung. G. D. A. Nr. 7 vom 1. April 1925. — Rebhuhn, Herrmann: Entwurf eines psychographischen Beobachtungsbogens für begabte Volksschüler. A. d. Arbeitsgemeinschaft f. exp. Pädagogik d. Berliner Lehrervereins. Zeitschr. f. angew. Psychol. Jg. 13. 1918. — Reemtsen, H.: Volkswirtschaft und Berufsberatung. Volkswirtschaftl. Zeitfragen Nr. 303. Berlin: Simion 1919. — Reichsarbeitsblatt 1923. — Reichsarbeitsblatt. Amtsblatt des Reichsarbeitsministeriums und der Reichsarbeitsverwaltung. Berlin: Reimar Hobbing. Erscheint alle 14 Tage. Bezugspreis vierteljährl. 6 M. — Reichsarbeitsblatt. Herausgeg. vom Kaiserl. Statist. Amt. Berlin: Heymann. Monatl. Preis jährl. 1 M. - Der Reichsbankdienst. Anstellungs- und Besoldungsverhältnisse. Berlin: Mittler & Sohn 1910. — Reichsgesetzblatt 9. Dez. 1918, 8. Febr. 1919, 6. April 1920, 1922. — Revue internationale du Travail. Genève 1922. — Richartz, E.: Erwerbsberufe für schulentlassene Knaben. Essen v. J. — Richtlinien für das Zusammenarbeiten von Jugendamt und Berufsberatungsstelle. Reichsarbeitsblatt 1924, H. 27. — Riedel, Johannes: Arbeitskunde. — Riedel, J.: Arbeitsorganisation im Betriebe (mit bes. Berücksichtigung der Verk.-Technik). 1920. - Riedel, J.: Arbeitsrationalisierung. Veröff. d. sächs. Landesstelle f. Gemeinwirtsch., H. 2. 1919. — Riedel, J.: Der Wille zur Arbeit. Ebenda H. 13. 1921. — Riedinger, J.: Über die Wertigkeit der Finger in bezug auf Defekt und Verbildung. — Riedler, A.: Berufsschutz. „Freie Bahn dem Tüchtigen." (Zeitgemäße Betrachtungen zur Berufswahl für Ing.) Berlin: Krayn 1918. — Riehl, H. W.: Die deutsche Arbeit. 1861. — Rienhardt: Grundsätzliches zur Frage der Berufsberatung. Bd. 1: Die akademischen Berufe. 1920. — Rieger, J.: Wegweiser für die Berufswahl des Volksschülers. 2. erhebl. erweiterte Auflage. Im Vortrage des Jugend-Fürsorge-Vereins, herausgeg. zu Tarnowitz o. J. — Rienhardt, A.: Das Universitätsstudium der Württemberger seit der Reichsgründung. Tübingen: Mohr 1918. 6 M. — Rocke, V.: Zur Aufklärung und Berufsberatung über die kaufmännische Lehre. Handelskammer zu Hannover. — Roemer, A. Georg: Über die Anwendung des psychodiagnostischen Verfahrens nach Rorschach auf Fragen der Berufsberatung. Jena: G. Fischer 1922. — Rosebrück, H.: Zur Frage der Berufswahl. Das dtsch. Handwerksblatt, April 1913, S. 130—139. — Rosenstock, E.: Angewandte Seelenkunde. Eine programmatische Übersetzung. 1924. — Rosenstock, E.: Zerfall und Ordnung des Industrievolkes. 2. Aufl. 1924. — Rother, A.: Elternabende im Dienste der Berufsberatung. Breslau 1922. — Rother, A.: Ist die Berufsberatung auf dem Lande notwendig? Zeitschr. f. Kinderschutz, Familien- u. Berufsfürsorge Jg. 14, Nr. 10. — Rupp, H.: Eignungsprüfungen. In „Betriebshütte", 2. Aufl. 1924. — Ruttmann, W. J.: Berufswesen, Begabung und Arbeitsleistung. 2. Aufl. 1920. — Ruttmann, W. J.: Berufswahl, Begabung und Arbeitsleistung. Natur u. Geisteswelt Bd. 522. 1916. — Sachs, Hildegard: Psychologie und Berufsberatung. Langensalze: Julius Beltz 1926. — Sachs, Hildegard: Frage der gedruckten Berufsratgeber. Frauenberuf u. Erwerb 1913, Nr. 16/16. — Sachs, H.: Maßnahmen zur Bekämpfung unlauterer privater Unterrichtsunternehmungen. Berlin: Moeser 1914. — Sachsenberg, E. u. O. Kienzle: Fabrikorganisation (in H. Dubbel, Taschenbuch für den Fabrikbetrieb). 1923. — Salomon, Alice: Die Ursachen der ungleichen Entlohnung von Männer- und Frauenarbeit. (Staats- u. sozialwiss. Forschungen H. 122.) Leipzig: Duncker & Humblot 1916. — Salomon, Alice: Soziale Frauenbildung und soziale Berufsarbeit. 2. Aufl. Leipzig: Teubner 1917. — Sardemann, E.: Wer soll und wer darf Arzt werden? 9. Aufl. Leipzig 1912. — Sassenbach, J.: Berufsberatung für Schulentlassene. Korrespondenzbl. d. Generalkommission d. Gewerksch. Deutschlands Jg. 26, Nr. 26, S. 279 bis 283. 1916. — Schackwitz: Über psychologische Berufseignungsprüfungen. Berlin 1920. — Schackwitz, Alex: Über psychologische Berufsprüfungen für Verkehrsberufe. — Schaffen und Schauen. Ein Führer durchs Leben. 2. Aufl. Leipzig: Teubner 1911. — Schaffen und Schauen. 1. Bd. IV. Abschnitt über Beruf. 3. Aufl. Leipzig: Teubner 1914. — Schafft Arbeitsgelegenheit für deutsche Hände! Der Heimatdienst, Berlin, Nr. 11 vom 1. Juni 1926. — „Am Scheidewege" — Berufsbilder. Berlin: Paetel. — Schiff, W.: Der Arbeiterschutz der Welt. Tübingen 1920. — Schiffbaufach und Maschinenbaufach der Kaiserl. Marine, Vorschriften über Ausbildung, Prüfung und Anstellung. Berlin: Mittler & Sohn. — Schiller, A.: Berufsberatung und Berufsfürsorge durch Volksschule und Berufsamt. Die Praxis d. Landschule Jg. 27. — Schindler: Berufsberatung. Im Handwörterb. d. Staatswiss., herausgeg. von E. Elster, Weber, Wieser. 4. Aufl. Jena: Fischer 1924. — Schindler, Erich: Berufsberatung und Gewerkschaften. Einigkeit Jg. 32, Nr. 5 vom 2. Febr. 1926. — Schindler, E.: Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung im Arbeitsnachweisgesetze. Arbeit u. Beruf Jg. 2, 25. Okt. 1922. — Schindler, E.: Die Daseinsberechtigung der Berufsämter. Preuß. Verwaltungsblatt Bd. 46, Nr. 17 vom 24. Jan. 1925. — Schindler, E.: Die Erfolge der öffentlichen Berufsberatung. Berlin. Tageblatt Nr. 488 vom 14. Okt. 1924. — Schindler: Grundriß der Berufsberatung. Im Wörterb. d. Staatswiss., Lief. 37/38. — Schindler: Grundzüge der Organisation der Berufsberatung. Flugschr. z. Berufsberatung, H. III. Berlin 1920. — Schindler, E.: Lehrlingswesen. Im Handwörterb. d. Staatswiss.. Jena: Fischer 1924. — Schindler, E.: Wo steht die Berufsberatung? Arbeit u. Beruf Jg. 3, Nr. 22 vom 24. Nov.

1924. — Schindler, R.: Stand und Tätigkeit der öffentlichen Berufsberatung. Ebenda Jg. 3, 10. Okt. 1924. — Schirmacher, Käthe: Die Frauenarbeit im Hause, ihre ökonomische, rechtliche und soziale Wertung. 2. Aufl. Gautzsch bei Leipzig 1912. (Kultur u. Fortschritt Nr. 436/37.) — Schlaeger-Seelmann: Die Einwirkung der Krankheiten auf die Erwerbsfähigkeit. — Schlesinger, G.: Betriebsführung und Betriebswissenschaft. 1913. — Schlesinger, G.: Psychotechnik und Betriebswissenschaft . 1920. — Schlösser, Albert: Höhere Schulen und Berufe für Mädchen. 2. erw. Aufl. Köln: Benzinger 1916. — Schmidt, N.: Die Frauenarbeit in der Putzbranche, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Groß-Berlin. 1920. (Berufskundl. Schrift. d. Provinzialberufsamts Brandenburg, H. 2.) — Schmidt, O.: Die Berufswahl der Mittelschüler. Die Mittelschule 1917, H. 14/15, S. 417—424. — Schmitz, Agnes: Über die Lage der weiblichen Handlungsgehilfen und die Entwicklung ihrer Organisationen. Dr.-Diss. Bonn. Crefeld 1915. — Schmoller: Arbeiterfrage. Preuß. Jahrbücher Bd. XIV. — Schmoller: Die Natur des Arbeitsvertrages. Zur Sozial- u. Gewerbepolitik d. Gegenwart 1890, S. 64. — Schmoller: Jahrbuch 1888/90. Art. „Tatsachen der Arbeitsteilung“ und „Das Wesen der Arbeitsteilung und die soziale Klassenbildung“. — Schneidemühl, G.: Die Handschriftenbeurteilung. Leipzig: Teubner 1916. — Schorsch, Ernst: Berufswahl und Berufsberatung der Schwerhörigen. — Schrader: Berufswahl und Berufswechsel. Handb. f. Jugendpflege, Langensalza 1913, S. 209—218. — Schreimer, Olive: Woman and labour. Leipzig 1911. — Schrey, Käthe: 100 Berufe für Frauen und Mädchen des deutschen Mittelstandes. Leipzig: Otto Beier 1915. — Schriften des berufskundlichen Ausschusses bei der Reichsarbeitsverwaltung. Mannheim: Bensheimer 1923 u. 1924. — Schriften zur Psychologie der Berufseignung und des Wirtschaftslebens, herausgeg. von Otto Lippmann u. William Stern. Leipzig: Barth 1919. — Schriften des Kaufmännischen Verbandes für weibliche Angestellte, Berlin, Köpenicker Str. 74. — Schriften des ständigen Ausschusses zur Förderung der Arbeiterinnen-Interessen. Jena: Fischer. — Schriften des Verbandes für handwerksmäßige und fachgewerbliche Ausbildung der Frau, Berlin W., Eichhornstr. 1. — Schröder: Aufnahmen und Studien an den Universitäten Deutschlands. Halle a. S.: Buchh. d. Waisenhauses 1908. — Schröter M.: Die Kulturmöglichkeit der Technik als Formproblem der produktiven Arbeit. 1920. — Schulte, E. W.: Die Berufseignung des Damenfriseurs. — Schultze, E. F. Otto: Systematische und kritische Selbständigkeit als Ziel von Studium und Unterricht. Pädagogium, Bd. V. Leipzig: Klinkhardt. — Schulze, Rudolf: Die moderne Seelenlehre. Begabungsforschung und Berufsberatung. 2. Aufl. Leipzig: Voigtländer, o. J. — Schulze-Gaevernitz, G. v.: Der Großbetrieb. 1892. — Das Schulwesen in Preußen. 1921. Im Staate, in den Provinzen und Regierungsbezirken. Preuß. Statistik. Berlin: Verl. d. Preuß. statist. Landesamts 1924. — Die Schule im Dienste der Berufsberatung; Richtlinien für die ethischen und berufskundlichen Unterweisungen. Aufgestellt von den Westfälischen Lehrer- und Lehrerinnenvereinen in Gemeinschaft mit dem Landesarbeitsamt Westf. u. Lippe. Arbeit u. Beruf 1924, S. 212. — Schumachers, Fr.: Ein verkannter Beruf. Leipzig 1910. — Schwalbe, Julius: Über das medizinische Frauenstudium in Deutschland. Leipzig: Thieme 1918. — Schwarz, L.: Die Eignung der Frau zu gewerblichen Berufsarten. Öffentl. Gesundheitspflege Jg. 6, H. 12. 1921. — Schwarz, Martha: Das Berufsproblem. Soz. Tagesfragen H. 48. München-Gladbach 1923. — Schwarz, Olly: Charakteristik der weiblichen Berufswahl. Die Quelle, Jg. 1924, Folge 5 Verein. Monatshefte f. „Pädag. Reform“ u. „Kunst u. Schule“. — Schwarz, Olly: Zur Organisation der weiblichen Berufsberatung. Der Arbeitsnachweis, Wien 1918, H. 5. — Schwarze, Bruno: Das Lehrlingswesen der preußisch-hessischen Staatseisenbahnverwaltung, unter besonderer Berücksichtigung der Lehrlingsverhältnisse in Handwerks- und Fabrikbetrieben. Berlin: Julius Springer 1918. — Schweizerische Zeitschrift für Volkswohl und Sozialpolitik. Bern 1922. — v. Schwerin, Fr.: Die Befähigung zum höheren Verwaltungsdienst. Berlin: Heymann 1908. — Sellheim, Hugo: Die Reize der Frau und ihre Bedeutung für den Kulturfortschritt. Stuttgart 1909. — Seubert, R.: Aus der Praxis des Taylorsystems. 1914. — Seyffert, R.: Der Mensch als Betriebsfaktor. 1923. — Simon: Die Berufswahl bei schwererziehbaren (neuro- oder psychopathisch veranlagten) Kindern. Zeitschr. f. Kinderforsch. Jg. 21, H. 718. — Simon, Georg u. Franz Redeker: Die Therapie der Kindertuberkulose. Leipzig: C. Kabitzsch. (Würzburg. Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med. Bd. 25, H. 6. 1926.) — Simon, G.: Die Berufswahl bei schwer erziehbaren Kindern. Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung. Herausgeg. von J. Trüper. H. 133. Langensalza 1916. — Simon, H.: Der Anteil der Frau an der deutschen Industrie nach den Ergebnissen der Berufszählung von 1907. Schriften d. ständ. Aussch. z. Förd. d. Arbeiterinneninteressen H. 2. — Sinzheimer: Die Arbeiterwohnungsfrage. 1902. — Sombart, Werner: Der moderne Kapitalismus. I. Bd. 3. Aufl. 1919. — Sommer, G.: Geistige Veranlagung und Vererbung. Natur u. Geisteswelt Bd. 512. 1919. — Sommerfeld, Edgar Jaffke u. Joh. Sauen: Wegweiser für die Berufswahl. Im Auftrage des freiwilligen Erziehungsbeirates für schulentlassene Waisen zu Berlin bearbeitet. 2. verm. Aufl. Hamburg o. J. — Sommerfeld, Th.: Berufswahl und Berufskrankheit. Korrespondenzbl. d. Generalkomm. d. Gewerksch. Deutschlands

Literaturbeil. 1913, Nr. 10. — Sommerfeld u. Jaffé: Leitfaden der Berufsberatung. — Sommerfeld, Jaffé, Sauer: Wegweiser für die Berufswahl. Hamburg: Agentur des Rauhen Hauses. — Soziale Fürsorge für Kriegswitwen und -waisen. Berlin 1915. Sammlung von Vorträgen bei der Kriegstagung für soziale Fürsorge. — Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt. Jena: G. Fischer. Erscheint alle 8 Tage. Bezugspreis vierteljährl. 5,40 M. — Soziale Praxis, Jg. 31. — Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt, Berlin W., Nollendorfstr. 29/30. Wöchentl. Preis viertelj. 4 M. — Spranger, E.: Begabung und Studium. Deutscher Ausschuß für Erziehung und Unterricht. Leipzig: Teubner 1917. Stadler u. Giegl: Der Berufsberater. Wien 1923. — Stahl, Fritz: Einführung in die Volkswirtschaftslehre. Leipzig: Hirt 1922. — Stamm: Geschichte der Arbeit. 2. Aufl. 1871. — Statistiken über den Stand der handwerksmäßigen Ausbildung der deutschen Frau. Umfragen bei den Handwerks- und Gewerbekammern von 1909, 1911 und 1913. — Steinig, Rudolf: Arbeitsnachweis und Berufsberatung. „Germania", Berlin, Nr. 111 vom 7. März 1926. — Stern, W.: Die differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen. Leipzig 1913. — Stern, William: Die differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen. Leipzig: Barth 1911. Nachwort nebst neuer Bibliographie 1921. — Stern: Psychische Berufseignung. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. u. exp. Pädagog. 1917, H. 7/8 u. 11/12. — Stern, W.: Leitgedanken über psychische Berufseignung. Sonderdruck der Zeitschr. f. pädag. Psychol. 1917. — Stern, W.: Über eine psychologische Eignungsprüfung für Straßenbahnschaffnerinnen. Schriften z. Psychol. d. Berufseign. u. d. Wirtschaftslebens 1918, H. 2. — Stern, W.: Veranstaltungen und Veröffentlichungen zur Psychologie der Berufseignung in Deutschland. Sonderdruck der Zeitschr. f. pädag. Psychol. 1917. — Stets, Walter: Berufskunde im Lehrplan der Deutschen Oberschule. Arbeit u. Beruf 1924, S. 250. — Stets, Walter: Beruf und Berufskunde. Jahrb. f. Nat. III, F. Bd. 61. — Stets, Walter: Der Stand der öffentlichen Berufsberatung im September 1922. Reichsarbeitsbl. 1923, S. 311. — Stets, Walter: Die Zusammenarbeit der Einrichtungen für Berufsberatung mit verwandten Wohlfahrtsbehörden. Ebenda 1923, Nr. 2. — Stets: Lehrlingsstatistik der Deutschen Reichsbahn. Ebenda Nr. 24 vom 16. Dez. 1923. — Stets, Walter: Zur Organisation der Berufsberatung und Lehrstellenvermittlung. Arbeit u. Beruf Jg. 2, Nr. 9 vom 25. Juni 1925. — Steuer, Erich: Berufsberatung. Frauenwelt H. 21, Okt. 1925. — Steuer, Erich: Der Weg in den Beruf. Ebenda Nr. 20, Sept. 1925. — Stiel, Wilhelm: Die Aussichten des technischen Berufes. Berlin. — Stillich, O.: Motive der Berufswahl der Bankbeamten. Arbeitsnachweis in Deutschland Jg. 3, Nr. 8. 1916. — Stoevesandt, Karl: Organpathologische und konstitutionspathologische Diagnosen. — v. Stosch, R.: Vom Seekadetten zum Seeoffizier. Berlin: Mittler & Sohn. — Strauch, F. W.: Der Arzt und die Berufswahl unserer Kinder. Flugschr. d. Bundes z. Erhalt. u. Mehr. d. dtsch. Volkskraft Nr. 4. Hall a. S. 1916. — Strauch, Friedr. W.: Der Arzt und die Berufswahl unserer Kinder. Halle a. S.: W. Knapp 1916. — Streller: Justus: Die Berufseignung des mittleren kaufmännischen Bureaubeamten im Buchhandel. — Stücklen, Gerta: Über die wirtschaftliche und soziale Lage der Studentinnen. Göttingen: Kestner 1916. — Tägtmeyer, Fr.: Die Hauptergebnisse der Berufszählungen im Deutschen Reiche. Leipzig: Dietrich 1912. 0,65 M. Ein Vortrag mit kurzen Übersichten. — Taubner: Das Laufbild (der Film) im Dienste der gewerblichen und der Berufsberatung. Die dtsch. Fortbildungsschule Jg. 27, S. 421—424. 1918. — Taylor, F. W.: Die Betriebsleitung, insbesondere der Werkstätten. (Deutsche Bearbeitung von A. Wallichs.) 3. Aufl. 1914. — Taylor, F. W.: Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung. (Deutsch von R. Roesler.) 1913 — Taylor, F. W.: Dasselbe. München: Oldenbourg 1917. Teleky, L.: Fürsorge bei der Berufswahl mit Rücksicht auf die Tuberkulose. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 26, S. 421—425. 1913. — Teleky, Ludw. u. Brezina: Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten. — Teleky, L.: Über ärztliche Berufsberatung. Wien: Perles 1918. — Teleky, L.: Über ärztliche Berufsberatung. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge Jg. 10, Nr. 6 u. 7. Wien 1918. — Teleky, L.: Vorlesungen über soziale Medizin. — Tesch, J.: Die Laufbahn der deutschen kolonialen Beamten, ihre Pflichten und Rechte. 6. Aufl. Berlin: Salle 1912. — Tessenow, H.: Handwerk und Kleinstadt. Berlin: Cassirer 1919. — Thiele: Die Stellung des Arztes in der Berufsberatung Beeinträchtigter. Die prakt. Berufsberatung, Dresden 1922. — Thiele: Zur Hygiene der Schulentlassenen. Berlin. klin. Wochenschr. 1912, Nr. 47. — Thiele: Chemnitzer Ratgeber für die Berufswahl. — Tille, Alexander: Die Berufspolitik des Gewerbe- und Handelsstandes. I. Die gerwebliche Ertragswirtschaft. Berlin 1910. II. Der Geisteskampf gegen die gewerbliche Ertragswirtschaft. Ebd. 1910. III. Die deutsche Gesetzgebung gegen die gewerbliche Ertragswirtschaft. Ebd. 1910. IV. Die politische Notwehr des Gewerbe- und Handelsstandes. Ebd. 1910. — Thomae, K.: Die Bedeutung und die Organisation der Berufsberatung. Hamburg: Wallbaum 1918. — Tilman: Der studentische Nachwuchs und seine Vorbildung in den Jahren 1908—1917. Monatsschr. f. höh. Schulen Jg. 17, S. 22—25. 1918. — Tramm, K. A.: Psychotechnik und Taylorsystem. Bd. I. 1921. — Turgot: Reflexions sur la formation et la distribution des richesses. 1766. Übers. von Dorn in der Waentigschen Samml.

1903. — Ulrich u. Piorkowski: Berufswahl und Berufsberatung. Berlin: Trowitzsch 1919. — Ulrich, Martha: Die Frage der körperlichen Eignung. Berufswahl u. Berufsberatung. — Ulrich, M.: Der gegenwärtige Stand der psychologischen Berufsberatung in ihren Beziehungen zur Hochschulpädagogik. Zeitschr. f. Hochschulpädag. Jg. 10, H. 1, S. 1—6. 1918. — Ulrich, M.: Die psychologische Analyse der höheren Berufe als Grundlage einer künftigen Berufsberatung nebst einem psychologischen Schema für die medizinische Wissenschaft und den ärztlichen Beruf. Leipzig: Barth 1918. — Ulrich, M.: Die psychologische Analyse der höheren Berufe als Grundlage einer künftigen Berufsberatung. (Anhang ärztl. Beruf). Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 13, H. 1/2, S. 1—36. 1917. — Untersuchungen über Auslese und Anpassung (Berufswahl und Berufsschicksal) der Arbeiter in den verschiedenen Zweigen der Großindustrie. Schr. d. Vereins f. Sozialpol. Bd. 133, 134, 135. 1910/11. — Vautrin, A.: Die Ermüdung und ihre Berücksichtigung beim industriellen Arbeitsvorgang. Technik u. Wirtschaft Jg. 1919. — Sachsen: Verfügung des Ministeriums für Volksbildung vom 14. Febr. 1924 (10/38) betr. Berufsberatung. Verordnungsbl. d. Sächs. Min. f. Volksbild. 1924, S. 21. — Veröffentlichungen der deutschen Zentralstelle für Berufsberatung der Akademiker. Berlin 1919. — Verordnungen über die Einrichtung von Berufsämtern. Berlin 1919. Einrichtg.: Aus Ministerialbl. d. Handels- u. Gewerbeverwaltung. — Sachsen: Verordnung des Ministeriums des Kultus und des öffentlichen Unterrichts über Berufsberatung vom 8. April 1919. Verordnungsbl. d. Min. d. Kultus u. d. öff. Unterr. f. d. Freistaat Sachsen vom 15. April 1919, Jg. 1, Nr. 9. — Sachsen: Verordnung des Arbeitsministeriums, des Wirtschaftsministeriums und des Ministeriums des Kultus und öffentlichen Unterrichts vom 23. Juni 1922 über die Zusammenarbeit der Berufsschulen und der öffentlichen Berufsberatungsstellen. Sächs. Gesetzblatt Nr. 20 vom 30. Juni 1922. — Sachsen: Verordnung des Ministeriums des Kultus und öffentlichen Unterrichts über Berufsberatung vom 3. Febr. 1921. Sächs. Gesetzblatt 1921. — Verteilung der Arbeiter in aufsichtspflichtigen Gewerbebetrieben in Berlin auf die Bezirke der Berliner Bezirksberufsämter. (Eisner.) Berufskundl. Mitt. Nr. 8/9 vom 24. April 1925. — Verzeichnisse der Berufsausbildungs-Anstalten für die einzelnen Länder und Provinzen. Zusammengestellt von den Landesarbeitsämtern (Landesberufsämtern) in Baden, Berlin, Brandenburg, Breslau, Hannover, Ostpreußen, Pommern, Sachsen, S.-Anhalt, Thüringen, Westfalen, Württemberg. — Verzeichnis der Berufsausbildungsanstalten in der Provinz Pommern. Bearbeitet und herausgegeben vom Pommerschen Provinzialberufsamt Stettin 1921. — Verzeichnis der amtlichen Berufsberatungsstellen, in Lehrlingsschutz u. Berufsfürsorge H. 3, Juli 1924. — Viëtor, E.: Einführung in das Studium der englischen Philologie als Fach des höheren Lehramts. 4. Aufl. Marburg 1910. — Violets: Ratgeber für die weibliche Jugend. Stuttgart 1903. — Voigtländer, E.: Zur Psychologie der Erziehungspersönlichkeit. Zeitschr. f. pädag. Psychol. 1918, H. 9/10. — Volkswohlfahrt. 1920 u. folg. — Vollmer, Hans: Am Scheidewege. Berufsbilder. Bd. 62ff. Berlin: Paetel 1920. — „Vom werktätigen Leben", Berufsbilder aus der deutschen Literatur. Neu-Finkenkrug b. Berlin: Paetel 1924. — Vorschriften und Formulare für die Bearbeitung des am 5. Mai 1882 erhobenen Urmaterials über Berufsgliederung im Deutschen Reich. Berlin 1890. — Waechtler, A. L.: Der Gärtnerinnenberuf. 2. Aufl. Leipzig: Teubner 1916. — Wagner, K.: Organisierte Berufsberatung als Brücke zwischen Schule und Leben. Concordia, Zeitschr. f. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt Jg. 20, Nr. 11. — Wagner, Oskar: Die Frau im Dienste der Reichs-Post- und Telegraphen-Verwaltung (unter besonderer Berücksichtigung Bayerns, Württemvergs und des Auslandes). Leipzig: Teubner 1913. — Wagner-Roemmich: Berufsausbildung und Lehrstellenvermittlung in ihren Beziehungen zu anderen sozialpolitischen Gebieten. Zeitschr. d. Verb. dtsch. Arbeitsnachweise 1915, II. u. III., S. 226. — Walter, H.: Internationale Berufsstatistik. Der Staatsbürger, München, Jg. 1911, S. 607—617. — Walther, Ludwig: Berufsberatung. Allg. Schlosser- u. Maschinenbauer-Ztg. Jg. 26, 19. Febr. 1925. — Was sollen unsere Kinder werden? Welt-Rundschau Jg. 2, 11. Febr. 1925. Zuschriften aus dem Leserkreise. — Was will ich werden? Hilfsbuch für gewerbl. Berufsberatung. Herausgeg. vom Gewerbeförderungsamte der Kammer für Handel, Gewerbe und Industrie, 1921. — Weber, J.: Die Schule im Dienste der Berufsberatung. Heidelberg 1922. — Weber, Max: Zur Psychologie der industriellen Arbeit. (Arch. f. Sozialwiss. 1908/09.) Schriften d. Ver. f. Soz. Bd. 133—135. — Wegelebem, F.: Die Rationalisierung im deutschen Werkzeugmaschinen bau. 1924. — Weibliche Berufskunde. Dtsch. Allg. Ztg. Nr. 76 vom 14. Febr. 1925. — Weigl, Fr.: Erziehliche Beobachtungen über die Berufseignung Jugendlicher. Pharus Jh. 8, S. 444ff. 1917. — Weihe, Carl: Die akademisch-technischen Berufe. Berlin 1914. (Schriften d. Verb. dtsch. Dipl.-Ing. XI.) — Weihe, C.: Die akademisch-technischen Berufe. Berlin: Krayn 1915. — Welchen Beruf soll ich wählen? Ein Wegweiser für die weibliche Jugend. Frankfurt a. M. 1903. Sammelband. — Welchen Beruf soll ich wählen? Wegweiser für die weibliche Jugend. Herausgeg. vom gemeinnützigen Stellennachweis für minderjährige Mädchen. Berlin 1903. — Weinhold: Geschichte der Arbeit. Bd. I. Dresden 1896. — Wendenburg: Der Einfluß von Beruf und Kriegsarbeit auf die Frau. Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1918, Nr. 18. — Die Werkschulen der deutschen mechanischen Industrie. Heraus-

gegeben vom deutschen Ausschuß für technisches Schulwesen, Berlin 1921. — Werner, R.: Studium und Prüfung des Juristen. Berlin: Heymann 1914. — Wernle, P.: Einführung in das theologische Studium. 2. Aufl. Tübingen: Mohr 1911. — Wesen und Wert der Berufsberatung. Der jüdische Handwerker Jg. 16, Sept. 1924. — Weyl, Th.: Handbuch der Arbeiterkrankheiten. Jena 1908. — Weyrauch, M.: Berufswahl und Berufsberatung. Monatsschr. f. höh. Schulen 1917, H. 4, S. 161—167. — Widmer, Hermann: Das Buch der kunstgewerblichen und künstlerischen Berufe. Praktische Leitwege für junge Talente. Berlin: Siemens 1919. — Wie verhelfen wir den Kriegsverstümmelten durch Ersatzglieder wieder zur Arbeitsfähigkeit und zum Eintritt in das bürgerliche Berufsleben? Stuttgart: J. F. Steinkopf. - Wilbrandt, Robert: Die deutsche Frau im Beruf. Berlin 1902. Handbuch der Frauenbewegung Bd. 4. — Wille, Rudolf: Der tierärztliche Beruf. Hannover 1915. Winckler, Axel: Einfluß der Berufstätigkeit auf die Lebensdauer. Fortschr. d. Med. Jg. 40, Nr. 9. — Wirtschaft und Statistik. Herausgeg. vom Statist. Reichsamt. Berlin: Reimar Hobbing. Halbmonatsschr. — Die wirtschaftliche Demobilmachung. Amtliche Anordnungen und Mitteilungen des Reichsamtes für wirtschaftliche Demobilmachung, des Kriegsamtes usw. Berlin. Berlin SW., Wilhelmstr. 140. Erscheint täglich. Preis jährl. 5 M. — Wolf, Julius: Die Bevölkerungspolitik der Gegenwart. Vortrag, gehalten von der Gehe-Stiftung zu Dresden am 17. Nov. 1917. Bd. 9. Leipzig u. Dresden: Teubner. — Wolff, C.: Arbeitsnachweis und ansteckende Krankheiten. Soz. Praxis. — Wolff, Georg: Die Mitwirkung der Schule bei der Berufsberatung. Berufswahl u. Berufsberatung. — Wolff, G.: Der Frauenerwerb in den Hauptkulturstaaten. München: Becksche Verlagsbuchh. 1916. — Wolff, H.: Die Notwendigkeit einer Berufsberatung. Vortrag, gehalten auf der Konferenz für Volkswohlfahrt am 8. Febr. 1913. — Wolff, H.: Berufsberatung, Arbeitsnachweise, Lehrstellenvermittlung. Handb. d. Jugendpflege. Langensalza 1913. — Wolff, O. A.: Zur wirtschaftlichen Lage der Handlungsgehilfinnen während des Krieges. Union. Deutsche Verlagsges. 1918. — Wolfheim, Nelly: Fragen der weiblichen Berufswahl. Ein Buch für Töchter und Eltern. Nürnberg: Nister 1915. — Würtz: Berufsberatung und Berufsausbildungsmöglichkeiten körperlich Gebrechlicher. Die prakt. Berufsberatung, Dresden 1922. — Zadek: Die Berufswahl mit Rücksicht auf die Tauglichkeit für den Beruf. Arbeiter-Gesundheitsbibl. H. 30. Berlin 1912. — Zahn-Harnack: Die arbeitende Frau. Breslau: Ferd. Hirth 1924. — Ein Zeitplan für Berufsberatung. Arbeit u. Beruf Jg. 3, Nr. 22 vom 25. Nov. 1924. — Zeitschrift für angewandte Psychologie, herausgeg. von William Stern u. Otto Lipmann. Leipzig: Barth. — Zentralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen. Herausgeg. in dem Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten. Berlin: Cotta. Monatl. Preis 7 M., jetzt 11 M. — Zieh: Arbeitsnachweis und Berufsberatung. Arbeit u. Beruf Jg. 2, Nr. 4 vom 25. Jan. 1923. — Ziehen, J.: Aus der Studienzeit. Berlin: Weidmann 1912. 10 M. Betont den Wert des Lesens von Biographien zur Orientierung bei der Berufswahl. — Zielesch, L.: Geschmacksverirrungen in der Berufswahl. Berlin. Volksztg. Jg. 73, Nr. 367 vom 5. Aug. 1925. — Ziertmann: Berufsberatung und Schule. In Flugschriften zur Berufsberatung. Berlin: Simion 1920. — Ziertmann: Berufsberatung, Berufsauslese, Berufsausbildung. Arbeit u. Beruf Jg. 4, Nr. 5 vom 3. Okt. 1925. — Zietz, Luise: Zur Frage der Frauenerwerbsarbeit während des Krieges und nachher. — Zimmermann: Arbeiter und Arbeiterfragen, in Handb. d. Staatswiss. Bd. I. — Zimmermann: Die Erwerbsarbeit der Kinder und Jugendlichen. Handb. f. Jugendpflege, Langensalza 1913, S. 199–209. — Zur Berufswahl der Hilfsschulkinder. Hilfsschule 1912, S. 17. — Zwiesele: Winke für die Berufsberatung unserer Kriegsinvaliden. Stuttgart: K. Wittwer.

Psychologische Berufsberatung.

Von

W. Poppelreuter

Bonn.

Mit 25 Abbildungen.

I. Allgemeines und Methodisches.

1. Einleitung.

Wie ich schon jahrelang theoretisch und praktisch vertreten habe, *ist die psychologische Berufsbegutachtung ein integrierender und wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Begutachtung und damit*, falls sie als allgemeine Wohlfahrtsmaßnahme ausgeübt wird, *der sozialen Hygiene*. Leider ist dies aber — wenn ich mich selbst und wenige Kollegen ausnehmen darf — nur der Fall bezüglich des *inneren Wesens* der Sache, nicht aber der Praxis nach. Im Gegenteil, überwiegend wird die psychologische Berufsbegutachtung ausgeübt von philosophisch ausgebildeten Psychologen, die von der Theorie zur Praxis gekommen sind, von psychologisch interessierten Lehrern, von psychotechnisch ausgebildeten Ingenieuren, und „Berufsberatern" der verschiedensten beruflichen Herkunft. Daß die Ärzte die Praxis der psychologischen Begutachtung so sehr vernachlässigt haben, nimmt um so mehr Wunder, als doch eigentlich in der nervenärztlichen und psychiatrischen Methodik, fernerhin in der Praxis der gerichtlichen und ganz besonders der Erwerbseinbußengutachten, ausgesprochen in der Hirnverletztenbegutachtung, *eine mindestens ebenso breite Entwicklungsgrundlage, als in der eigentlichen Psychologie mit ihren Nebengebieten vorgelegen hat.*

Den Vorwurf, die Entwicklung versäumt zu haben, kann man nach Lage der ganzen Verhältnisse der ärztlichen Wissenschaft nicht ersparen. Sie hat Terrain preisgegeben, das wiedererobert werden muß[1]).

Es läßt sich in allen beruflichen Verrichtungen die körperliche von der geistigen Eignung sachlich nicht trennen. Wenn nach ärztlicher Voruntersuchung noch praktische Psychologen begutachten, so holen sie teilweise das nach, was die Ärzte versäumt haben. Besonders scharf sieht man dies daran, daß allerorten rein physiologische Prüfungen normale Bestandteile psychotechnischer Begutachtungsverfahren sind. Ich erinnere nur an die ganzen Sinnesprüfungen. Es gibt Psychologen, die — und mit Recht — Untersuchungen der Sehschärfe vornehmen, die genauer sind als die üblichen augenärztlichen, und es ist in Sonderfällen ein Auslassen, daß ein Arzt zwar die Sehschärfe und die Hörschärfe prüft, aber die Untersuchung etwa des Tastsinnes und des Gleichgewichtssinnes

[1]) Vgl. Poppelreuter: Praktische Psychologie als ärztlicher Beruf. Münch. med. Wochenschr. 1921. Nr. 39; Was die Medizin von der Psychotechnik lernen soll. Ebenda. 1926. Nr. 16.

außer acht läßt und diese dem Psychologen überläßt. Zur Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit stützt sich der Arzt auf eine rein körperliche indirekte Untersuchung; er unterläßt oft, die körperliche Kraft und Ermüdbarkeit *direkt* zu messen, was wiederum der Psychologe nachzuholen pflegt, wenn er dynamometrische und ergographische Prüfungen vornimmt.

Ich habe diese Ausführungen nicht gemacht, um damit aufzufordern, gegen den Strom zu schwimmen und gewissermaßen unter Beschlagnahme der psychologischen Begutachtung für die Medizin hier einen Beitrag zu schreiben für eine *ganz ärztlich orientierte* psychologische Berufsbegutachtung. Das wäre ein Unrecht gegen die Entwicklung. Dieses Handbuch soll ja gegenwärtigen praktischen, und nicht zukünftigen Zwecken dienen, *und so glaube ich am besten zu tun, die Materie von der Situation aus zu behandeln, wie sie jetzt ist, daß ein am Berufsamt oder in der Industrie beschäftigter Arzt mit psychologischen Gutachtern, Lehrern oder Ingenieuren u. dgl. zusammenarbeitet.*

Meine Ausführungen sollen also zunächst dem Ziel dienen, zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit des Arztes mit den nichtärztlichen Instanzen beizutragen.

Ein solches Zusammenarbeiten ist nur möglich, wenn sich der Arzt klar macht, daß ihm die *psychologische Methode* in vielen Dingen überlegen ist, und daß er, um selbst etwas besseres leisten zu können, sich das, was der praktische Psychologe kann, selber soweit aneignen muß, als in ihr wesentliche Verbesserungen gegeben sind. Vorläufig, für die allernächste Zeit, ist dies deshalb noch möglich, weil der Bereich der praktisch-psychologischen Begutachtung noch relativ klein ist, und der Arzt durch seine physiologische und psychiatrische Vorbildung und praktisch-ärztliche Menschenerfahrung sich schneller in die Sache hineinfindet. Allerdings wird sich das bald ändern können, da die praktische Psychologie sich gegenwärtig mit großer Intensität ausbaut.

2. Hauptanwendungsgebiete.

Gegenwärtig haben wir 4 Hauptanwendungsgebiete der psychologischen Arbeits- und Berufsbegutachtung, die, wenn sie auch eine allgemeine psychologische Begutachtung als breiteres Fundament gemeinsam haben, doch sich als so spezifisch erweisen, daß sie eigentlich gesondert dargestellt werden müßten, was hier bei dem beschränkten Raum, der zur Verfügung steht, nicht geschehen kann.

1. Bei Berufsämtern.
2. In der Großindustrie, Behörden usw.
3. In der Erwerbsbeschränktenbegutachtung.
4. Zur Erweiterung der Diagnose in Neurologie und Psychiatrie.

Die Anwendung bei den Berufsämtern ist die relativ einfachste. Es werden nach einem gewöhnlich gleichbleibendem Schema von Prüfzusammenstellungen entweder alle oder nur einzelne Gruppen begutachtet. Werden alle begutachtet, wie dies allein richtig ist, so soll der Befund in erster Linie dazu dienen, in Vervollständigung der pädagogischen und vulgären Begutachtung die relativ beste Berufseignung des Jugendlichen, die man anraten kann, zu ermitteln, oder aber ihm bzw. seinen Eltern bei einer bereits vollzogenen Berufswahl zu- oder abzuraten. Darüber hinaus werden natürlich ganz verschieden je nach den Mitteln, über die das Berufsamt verfügt, auch Begutachtungen in bezug auf *speziellere* Berufserfordernisse durch die psychologische bzw. psychotechnische Methodik gestützt. Wenn auch Berufsämter im Stile der Großindustrie Konkurrenzauslesen etwa von industriellen Lehrlingen treiben, so überschreiten sie ihre Aufgabe.

Die Anwendung bei den Großbetrieben: Die psychologische Begutachtungsstelle dient der Rationalisierung der Arbeiter-Angestelltenannahme. Es sollen die für

das Werk besten Arbeitskräfte herausgesucht werden bzw. es soll eine beste *Verteilung* der Arbeitskräfte stattfinden,

a) daß sich sowohl für den Arbeiter als auch das Werk das relative Optimum ergibt, also z. B. Hochintelligente an die wenigen Hochintelligenz beanspruchenden Stellen; Kräftige-Ausdauernde-Unintelligente zur gewöhnlichen Schwerarbeit; Arbeiterinnen mit großer Fingergeschicklichkeit zur Bedienung gewisser Spezialmaschinen usw. usw.

b) Es soll bei einzelnen, für das Werk wichtigen Berufen, z. B. Kranführer, Schlosser, Bürobeamte usw. ein Urteil über deren Güte herbeigeführt werden.

Die Aufgabe der großindustriellen Begutachtungsstellen ist, wenn sie auch an sich einfacher erscheint, doch in Wirklichkeit viel schwieriger. Von den vielen Gründen hierfür ist besonders wesentlich das Einarbeiten der psychologischen Begutachtungsstelle in die *betriebswissenschaftliche* Organisation des betreffenden Betriebes.

c) *Die psychologische Begutachtung der Erwerbsbeschränkten* haben wir vorerst in größerem Umfange nur bei den Hirnverletzten[1]). Die psychologische Begutachtung hatte hier zunächst die Aufgabe der Diagnose von Hirnschäden, einerseits solcher, die, feinerer Natur, sich klinischer Diagnostik entzogen, anderseits aber auch die mit demselben exakten Maßstabe ihre Erheblichkeit in bezug auf den erlittenen Schaden an Arbeits- und Berufsfähigkeit festzustellen. Über diese Bemessung des Schadens hinaus wurde das psychologische Begutachtungsverfahren angewandt zur Darstellung der verbliebenen Eignung; selbstverständlich, da ja dazu nur wenig ausdrückliche Bemühungen noch erforderlich waren.

Die Begutachtung aller Erwerbsbeschränkten ist eine selbstverständliche Forderung der Entwicklung, denn alle die Gründe, die bei den Hirnverletzten vorgelegen haben, treffen auch bei Geschädigten anderer Art zu. Zunächst ist auch bei allen übrigen Schäden eine große Spanne zwischen der ärztlichen Diagnose einerseits und der Einbuße an Arbeits- und Berufsfähigkeit anderseits. *Medizinische Diagnose ist nicht Leistungsurteil!* Zwei Leute mit demselben Herzfehler, mit demselben amputierten Arm usw. können ganz verschiedene Arbeits- und Berufseignung und damit ein ganz verschiedenes Maß an Schädigung und Noch-Eignung aufweisen.

Die Aufgabe der Erwerbsbeschränktenbegutachtung ist zweifellos Domäne des psychologisch gebildeten Arztes. Da sie vorläufig noch ganz im Schoße der Wissenschaft ruht, so ist sie nur von Ärzten auszuüben, die in beiden Gebieten autoritativ sind. (Das trifft natürlich nur auf das vollamtliche Leiten von Sonderbegutachtungsstellen zu, nicht auf die gelegentliche Anwendung psychologischer Methoden in einzelnen Fällen.)

d) Über die Anwendung der psychologischen Begutachtung in bezug auf die *neurologische und psychiatrische* Diagnose zu sprechen, verläßt das Gebiet dieses Handbuches.

3. Hauptsächlichste methodische Grundsätze.

Die hauptsächlichen methodischen Prinzipien, welche der psychologischen Begutachtung im Gegensatz zu anderen Arten der Begutachtung, besonders der ärztlichen, der pädagogischen und der praktischen zugrunde liegen, sind folgende:

a) *Exaktheit der Fragestellung.* Die psychologische Begutachtung bemüht sich, schon von vornherein in viel sorgfältigerer Weise als die klinische Medizin die Fragestellung nach den seelischen Eigenschaften *exakt* zu gestalten. Die

[1]) Poppelreuter, Psychische Schädigung durch Kopfschuß. Verlag Leopold Voß, Leipzig. I. Bd. Sehschädigungen. 1915. II. Bd. Körperliche Arbeitsfähigkeit. 1918.

Fragestellung richtet sich nur — oder überwiegend — auf solche psychischen Eigenschaften, die sich klar *in ihrer Besonderheit fassen lassen.* Berufswichtige Eigenschaften, die zwar in der vulgären Psychologie eine große Rolle spielen, aber als solche wissenschaftlich nicht streng abgegrenzt werden können, wie z. B. „gute Auffassung", „Bravheit", „Pflichtbewußtsein", „Initiative" u. dgl. werden in bewußter Beschränkung außer acht gelassen. Dagegen finden wir das exaktere Fragen nach „Schnelligkeit der optischen Aufmerksamkeit", „Exaktheit der Hantierungen", „Ruhe der Handbewegungen", „Merkfähigkeit für Namen, Zahlen" usw. usw.

b) Die Begutachtung bedient sich, soweit es geht, der *direkten Feststellung.* Sie zieht indirekte Ermittlung nur da heran, wo die direkte versagt. Das ist der große Unterschied besonders gegenüber der ärztlichen Begutachtung, die überwiegend auch da eine indirekte ist, wo direkte Prüfungen möglich sind. Wenn die psychologische Begutachtung z. B. die Frage nach der individuellen Fähigkeit zu länger dauernder Hebe-Bück-Arbeit aufwirft, so hält sie es unbedingt für nötig, daß eine länger dauernde Hebe-Bück-Arbeit auch wirklich geprüft wird, im Gegensatz zum ärztlichen Verfahren, welches nach einer nur auf die krankhafte Abweichung sich richtenden Untersuchung der inneren Organe ein indirekt schätzendes Eignungsurteil abzugeben pflegt.

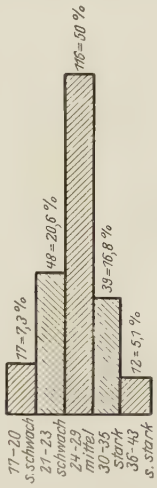


Abb. 1. Kraft der Hände bei 14jährigen.

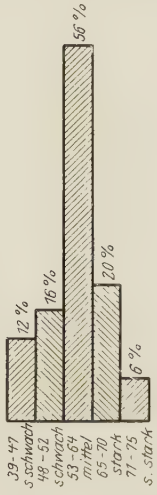


Abb. 2. Kraft der Hände bei erwachsenen Schwerarbeitern (20 Jahre und älter).

c) Wo irgend angängig, soll das Feststellungsverfahren nach den Regeln des exakten Experimentes erfolgen. Diese sind zuerst die Konstanz des Prüfverfahrens: Es wird nicht einmal so und einmal so, einmal nach der und einmal nach der anderen Methode geprüft, sondern nur eine bestimmte Methodik ist festgelegt, und so gewählt, daß das Ergebnis möglichst zahlenmäßig erfaßt werden kann. (Test.)

d) Das zahlenmäßige Einzelergebnis wird ausgewertet auf Grund von Unterlagen, die nicht etwa nur bestehen aus absoluten Normalwerten oder Normalbreiten wie in der Medizin, sondern nach *Häufigkeitskurven.* Hier liegt der wesentliche Faktor vor, der die methodische Überlegenheit der Psychologie gegenüber der Medizin begründet. Wir haben in der Medizin über die wichtigsten fundamentalsten Eigenschaften wohl Normalwerte, aber selten Häufigkeitskurven. Es gibt z. B. keine Häufigkeitskurve etwa des Blutdruckes oder des Muskeltonus, ja nicht einmal der reinen Muskelkraft.

Bei der psychologischen Begutachtung wird also soweit wie irgend möglich die Frage beantwortet: welchen Platz hat die betreffende individuelle Leistung auf einer Häufigkeitskurve?

Abb. 1 zeigt die Handmuskelkraft in ihrer statistischen Häufigkeit, bei vierzehnjährigen Volksschülern in Abb. 1, und bei Schwerarbeitern in Abb. 2. Diese Häufigkeitskurven werden so gewonnen, daß die Anzahl der Individuen, die zu einer bestimmten Messungsgruppe gehören, als Ordinaten aufgetragen werden. Hat man solche Kurven erst ermittelt, so kann man danach die Leistungswerte von neu zu begutachtenden Individuen ohne weiteres einstufen.

Auch in Fällen, welche nach der Natur der Sache als solche zahlenmäßig und statistisch nicht genau ausgedrückt werden können, wird nicht einfach das grobe Schätzen übernommen, sondern es werden besondere Verfahren angewandt, die das Prinzip verfolgen, die als solche erkannten Fehlerquellen menschlichen Schätzens zu vermeiden. Ein solches Verfahren ist z. B. das Festlegen von Urteilsmaßstäben nach bestimmten Kriterien qualitativer Art, z. B. äußeres Verhalten bei Arbeitsprüfungen, oder aber Exaktgestaltung des eigenen Schätzens durch Heranziehung einer Mehrheit von Begutachtern usw.

e) Die Untersuchung richtet sich möglichst auf *gesetzmäßige Typen*. Zumeist in der Einengung von „Arbeitstypen". Sie soll, soweit es irgendwie geht, ein begutachtetes Individuum gesetzlich erfassen durch Zuweisung zu einem Typus, nachdem vorher eine Mehrheit von Typen eindeutig festgelegt worden ist.

Für den Arzt ist besonders wesentlich, daß er die Verschiedenheiten psychologischer Begutachtung, die auf *verschiedener innerer* Methodik beruhen, kennenlernt. Denn vorläufig sind gerade hiernach die üblichen psychologischen Begutachtungsverfahren, mit denen er zu tun bekommt, recht verschieden.

Zunächst trennt sich die psychologische Begutachtung in die *allgemeine* oder monographische und in die *spezielle*. Die allgemeine Begutachtung geht von der Totalität des Menschen aus und setzt dazu die Berufsfrage in Beziehung; die spezielle Begutachtung geht von der Arbeit oder dem Beruf aus und setzt dazu den Menschen in Beziehung. Der eine Pol wird gebildet von dem Fall, welcher gänzlich berufsunentschlossen zwecks Berufsanraten zu begutachten, also zunächst in allen seinen für die Berufsfrage wesentlichen Faktoren kennenzulernen ist. Den anderen Pol bildet etwa die Begutachtung der Drahtlöterin, ob sie die spezielle für erfolgreiches Drahtlöten nötige Ruhe und Zielsicherheit ihrer Hand hat.

Fast alle *neueren psychotechnischen* Verfahren sind ihrem Wesen nach speziell. Sie kommen dem allgemeinen Verfahren nur dann nahe, wenn es sich um eine *größere* Anzahl spezieller berufswichtiger Arbeitsfaktoren handelt. Demgegenüber ist das Prinzip der allgemeinen Begutachtung das alte pädagogische und psychiatrische[1]).

Teilweise entspricht dieser Zweiteilung in allgemeine und spezielle Begutachtung auch die Zweiteilung der psychologischen Begutachtung in eine „*Konkurrenzauslese*" und in eine „*Beratung*". Für die Konkurrenzauslese wird nur die Frage nach *spezieller* Eignung gestellt. Wenn also ein hochmusikalischer Junge sich als großindustrieller Lehrling gemeldet hat, so wird er in der Konkurrenzauslese auf Lehrlingseigenschaften begutachtet und evtl. zum großindustriellen Lehrling gemacht. Oder, wenn körperliche Eigenschaften für einen Beruf nicht nötig sind, wird die körperliche Leistungsfähigkeit *nicht* begutachtet. Das Beratungsverfahren oder das monographische Verfahren will dahingegen dem Individuum in seiner Ganzheit gerecht werden.

Streng zu scheiden ist bei dieser Entgegensetzung der „soziale Gesichtspunkt"[2]).

In der Praxis nähern sich beide Verfahren weitgehend, insofern auf der einen Seite die zur vollständigen Durchführung der allgemeinen Begutachtung nötigen Aufwendungen nicht getroffen werden können — dieser Fall ist besonders bei Berufsämtern festzustellen, die zum Teil auch „*Konkurrenzauslese*" treiben — und auf der anderen Seite wird das spezialisierende Verfahren durch Gesichtspunkte

[1]) Ich weise an dieser Stelle darauf hin, daß in den letzten beiden Jahren die Tätigkeit meiner großindustriellen Begutachtungsstellen deutlich in die Richtung weist, daß auch dort das *allgemeine* Begutachtungsprinzip zu bevorzugen ist.

[2]) Dieser ist nicht wissenschaftlicher, sondern politischer Natur und muß aus unserem Zusammenhang herausbleiben.

der allgemeinen Begutachtung wenigstens in bezug auf die „*hauptsächlichen*" körperlichen und seelischen Eigenschaften verallgemeinert, so daß also auch bei großindustriellen Begutachtungsstellen, ebenfalls in Überschreitung ihrer eigentlichen Aufgabe, „*Berufsberatung*" getrieben wird.

Bezüglich der inneren Methodologie ist noch wesentlich eine fernere Zweiteilung: Die streng psychotechnische Richtung der psychologischen Begutachtung geht in ziemlicher Ausschließlichkeit auf das *Prinzip der Leistungsmessung* und lehnt alles, was dem „exakten Ermitteln" nach Maß, Zahl usw. nicht zugänglich ist, ab. Die andere Richtung, die u. a. von den ärztlich Eingestellten ausgeht — ich selber rechne mich auch dazu — gibt mehr Raum *auch der symptomatischen, der Eindrucksdiagnose*, stellt sie aber unter Bedingungen, die einigermaßen ihre Exaktheit gegenüber bloßem subjektivem Schätzen verbürgt.

So kommen bei der letzteren Richtung in das Gutachten hinein besonders die „*persönlichen Faktoren*", die bei der reinen psychotechnischen Ermittlung als nicht exakt diagnostizierbar meistens fortfallen.

II. Psychologische Berufsberatung: Spezieller Teil.

1. Allgemeine einfache kurze Prüfserie A.

Zu einer ausführlichen Darstellung der Methoden reicht der Raum dieses Handbuches nicht aus. Ich beschränke mich zunächst, um wenigstens etwas Abgeschlossenes zu geben, auf die Schilderung der Methoden, die ich selber in der Zusammenstellung einer hauptsächlich auf praktische Verhältnisse zugeschnittenen allgemeinen psychologischen Prüfserie (Prüfserie A) jetzt seit einigen Jahren in der Verwendung bei Berufsämtern (in 14 Städten) und auch in meinen großindustriellen Begutachtungsstellen erprobt habe[1]).

In erster Linie diente sie der Berufsbegutachtung der Vierzehnjährigen — hauptsächlich männlichen Schulentlassenen —; ihr Anwendungsgebiet geht aber weit in den Bereich der erwachsenen männlichen und weiblichen Arbeitern und Angestellten, differenziert sogar noch in höheren Berufen negativ, d. h. in bezug auf absolute Schlechtleistungen.

Einen Überblick über die Prüfungen gibt der *Befundbogen*:

Datum .....

Psychologischer Prüfungsbefund.

Name usw. .....

I. Sinnesleistungen.
- Hören
- Sehen .....
- Farbenunterscheidung .....

II. Körperliche Leistungsfähigkeit.
- Allgemein .....
- Kraft der Hände .....
- Ausdauer beim belasteten Bücken .....
- Gewandheit beim Balancieren .....

III. Geschicklichkeit.
- Geschwindigkeit einfacher Hantierung .....
- Beidhändige Genauigkeitsarbeit .....
- Einfache handwerkliche Arbeit { Tempo ..... / Augenmaß ..... / Rechtwinkligkeit .....
- Abzeichnen .....

[1]) Eine orientierende Übersicht über die Gesamtheit der psychotechnischen Methoden gibt das Handbuch von Giese, Verlag Marhold, Halle 1926.

IV. Intelligenz. A. Praktisch-technisch.
Formenunterscheidung .....
Räumliches Denken .....
Konstruktive Fähigkeit .....
Merkfähigkeit für mündliche Bestellungen .....
Praktisches Denken .....
V. Intelligenz. B. Schulisch-sprachlich-begrifflich.
Schrift ..... Rechtschreibung ..... Satzbau .....
Kenntnis der Rechenoperationen .....
Kenntnis der üblichen Maßeinheiten .....
Arbeiten mit Zahlen .....
Arbeiten mit Namen .....
Höheres begriffliches Denken .....
VI. Persönliche Unterhaltung über die Berufswahl.
.....

Die Gruppierung in: Sinnesleistungen, körperliche Leistungsfähigkeit, Geschicklichkeit, praktisch-technische Intelligenz, schulisch-sprachlich-begriffliche Intelligenz, entstammt nicht theoretischen Überlegungen, sondern ist entstanden in Anpassung an praktische Erfordernisse - die Beurteilung der Arbeiter durch Betriebsleiter richtet sich nach ähnlichen Einteilungsgesichtspunkten — und hat sich bis jetzt praktisch auch recht bewährt.

Die Ausarbeitung der Prüfserie ist in jahrelanger Arbeit vor sich gegangen; die einfache Form, die der Befundsbogen jetzt zeigt, ist das Endergebnis aus vielfachem Verwerfen und Neuausprobieren.

Die Handhabung der Prüfserie kann nur einem Prüfer anvertraut werden, der sich längere Zeit mit den ganz ausführlichen *Anweisungen* beschäftigt hat, die den Prüfmitteln beigegeben sind[1]). Die Anweisungen bringen den theoretischen Sinn der Serie, die genaue Reihenfolge der Prüfungen zum Selbstunterricht, Vorschriften für die Zimmerausstattung, genauen Zeitplan zur Vornahme der Prüfungen für eine wechselnde Anzahl von Prüfern und Prüflingen; dann die Vorschriften für jede Prüfgruppe und jede einzelne Prüfung mit Abbildungen, Zeichnungen, Beispielen, Häufigkeitskurven usw. Nur durch eine ganz *genaue* Befolgung der Vorschriften ist es möglich, die Prüfergebnisse einer einzelnen Begutachtungsstelle und auch mehrerer Begutachtungsstellen miteinander zu vergleichen, und macht, soweit es geht, unabhängig vom Prüfer. Selbstverständlich sind die Auswertungsregeln, wie das statistische Material, die Häufigkeitskurven usw., schematisch anwendbar nur für homogenes Menschenmaterial. Um hier auszugleichen, ist eine dauernde planmäßige Verarbeitung statistischen Materials unerläßlich.

Nach Möglichkeit sollen 3 Prüfräume vorhanden sein, einer für Einzelprüfungen, ein zweiter für Gruppenprüfungen, d. h. es steht hier ein Tisch mit drei Plätzen, die voneinander durch Kojenwände getrennt sind (s. Abb. 4), und ein dritter Massenprüfraum, in dem je nach den besonderen Verhältnissen 2 oder 3 ebensolche Tische mit 3 Plätzen und Kojenwänden aufgestellt sind. Die Prüflinge sind auf diese Weise so voneinander getrennt, daß eine gegenseitige Beeinflussung so gut wie nicht mehr stattfinden kann. Welche Prüfungen als Einzel-, Gruppen- oder Massenprüfungen vorgenommen werden, ist im folgenden in jedem einzelnen Falle angegeben.

[1]) Die Prüfserie ist zu beziehen durch die Werkstatt des Instituts für Arbeitspsychologie, Bonn.

a) 1. Gruppe: Sinnesleistungen.

Hören: übliche ärztliche Prüfung (einzeln).

Die Prüfung der *Sehschärfe*, die in unsere Serie aufgenommen ist, ist keine ärztliche Prüfung; sie soll nur einfach feststellen, welche von den Prüflingen schlecht sehen, um diese dann dem Augenarzt zuzuschicken. Das genügt für praktische Verhältnisse. Für ganz spezielle Arbeitskategorien, für welche besonders gutes Sehvermögen Bedingung ist, muß also eine augenärztliche Begutachtung hinzugenommen werden. Es wird eine einfache SEELLENsche Sehtafel verwandt. Die Nahprobe wird mit den NIEDENschen Druckproben vorgenommen.

Die *Farbentüchtigkeit* wird mit Stilling-Tafeln geprüft, und zwar als Massenversuch, d. h. zu je 6–12 Prüflingen. Der Prüfling bekommt ferner Farbentafeln mit verschiedenen Farben. Er muß Farben benennen, unterscheiden und einander zuordnen. Es geschieht das auf schriftlichem Wege, indem er die Farben mit Nummern benennt, die darunter gedruckt sind.

b) 2. Gruppe: Körperliche Leistungsfähigkeit.

Unter körperlicher Leistungsfähigkeit wird hier verstanden die *grobe* körperliche muskuläre Leistungsfähigkeit, wie sie isoliert zum Ausdruck kommt bei der körperlichen Schwerarbeit, bei welcher Ansprüche an die Geschicklichkeit und an die Intelligenz nicht gestellt werden. Es ist das gegenüber dem Ärztlichen ein sehr viel engerer Begriff.

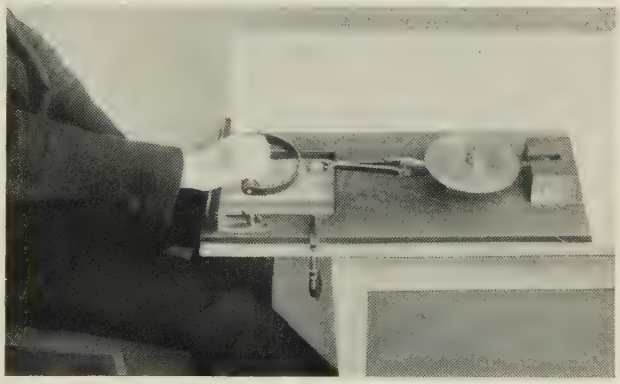


Abb. 3. Dynamometer zum Prüfen der Kraft der Hände.

Nur als ein Notbehelf kann gelten die rein vulgäre Begutachtung nach dem äußeren Eindruck, also nach Körpergröße, Breite der Brust, Stärke der Knochen, Güte der Muskulatur, Art des Aussehens; jedoch muß hier der Vorbehalt gemacht werden, daß vom Arzt *vorher* das Urteil „frei von Krankheiten" geliefert worden ist. Die Körpergröße wird nach einer Häufigkeitskurve beurteilt, für die übrigen Eigenschaften genügt eine eindrucksmäßige Beschreibung.

Unter den 3 speziell aufgeführten Prüfungen sind „*Kraft der Hände*" und „*Ausdauer beim belasteten Bücken*" zwei Prüfungen, die sich gegenseitig ergänzen sollen, was ohne weiteres schon aus der Überlegung verständlich wird, daß ein Kräftiger nicht immer Ausdauer zu besitzen braucht, und im Gegensatz dazu manch ein Schwächlicher sogar über große Ausdauer verfügt.

Die „*Kraft der Hände*" wird am *Dynamometer* geprüft. Bei Instrumenten, die wir früher gebraucht haben, hatten sich verschiedene Fehlerquellen herausgestellt: einmal waren die Federn zu weich, so daß hohe Kraftwerte nicht mehr zur Anzeige kamen, sodann kam es vor, daß bei gleichem Druck verschiedene Kraftwerte resultierten, je nachdem ob der Griff unter verschiedenen Winkeln gefaßt wurde. Das jetzt verwendete Dynamometer (s. Abb. 3) ist von diesen Fehlern frei; es ist ziemlich unempfindlich gegen die Einstellung des Griffes und hat eine ausreichend große Gewichtsskala.

Die Haltung, in der die Prüfung vor sich gehen soll, wird durch den Prüfer vorgemacht, damit hier nicht dem Zufall Spielraum gelassen und der Urteilsmaßstab wankend wird. Die besondere Art des Drückens aber wird mit Absicht nicht determiniert — der Prüfer deutet durch Anlegen der Hand mit etwa 5 kg nur an, was bezweckt ist —, so daß sich hierin der Typ des Prüflings ungehindert äußern kann. Der eine z. B. preßt langsam die Hand zusammen, der andere schleudert den Griff förmlich — der motorisch-intelligente, ökonomische Typ —, ein dritter drückt unter Mitbewegung des ganzen Körpers usw. Zur Festlegung des Urteils über die Kraft genügen 6 Werte — je 3 von der linken und rechten Hand — von denen der höchste als Kraftwert genommen wird. Es werden auf diese Weise diejenigen Werte ausgeschlossen, die etwa durch eine gewisse Ungeschicklichkeit, mit dem Apparat umzugehen, entstanden sind. Die Ermüdung

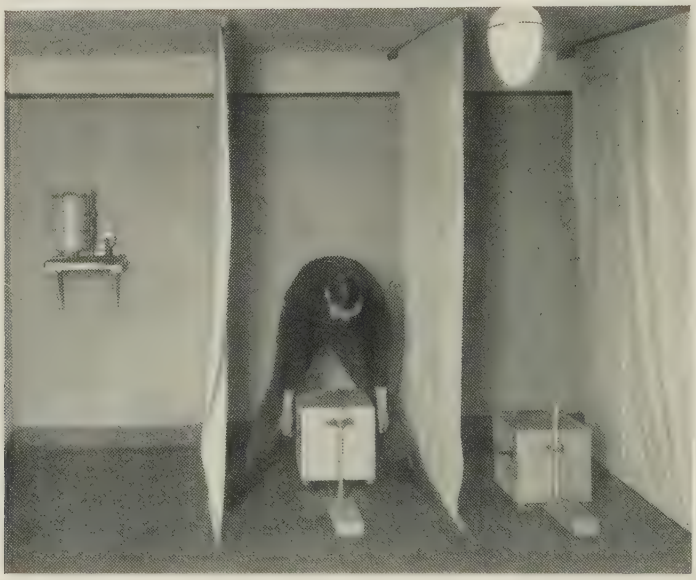


Abb. 4. Ausdauer bei belastetem Rücken.

wird dadurch mit ziemlicher Sicherheit vermieden, daß zwischen je 2 Werten 10 Sekunden, d. h. da abwechselnd rechts und links gedrückt wird, zwischen zwei Bestimmungen ein und derselben Hand 20 Sekunden liegen. Das Prädikat schwach, kräftig usw. wird der Häufigkeitskurve entnommen.

Die „*Ausdauer beim belasteten Rücken*" ist ein Ersatz einer direkten Prüfung der Hebe-Bück-Arbeit, die darum in diese Serie nicht hineingenommen worden ist, weil sie wegen der dabei nicht abzuweisenden Gefahr bei Prüflingen mit Bruchanlage und Herzfehlern nicht in die Hand von Nichtärzten gegeben werden durfte. Unsere Prüfung geht einen Umweg; sie prüft die Fähigkeit zum *Halten* eines schweren Gewichtes von 75 Pfund, eines Kastens mit 2 Handgriffen, in gebückter Stellung. Hierbei sind die eben angegebenen Gefahren ausgeschlossen. Die Prüfung ist aber dadurch doch zu etwas anderem geworden, als es eine Hebe-Bück-Arbeit wäre, ist jetzt mehr eine Messung der „*Widerstandskraft* gegenüber den besonders *bei angestrengtem Bücken* auftretenden körperlichen *Unlustgefühlen*". Daher auch der Name „Prüfung der körperlichen Ausdauer".

Die Kiste ist besonders geformt, nämlich an der dem Prüfling zugekehrten Seite abgeschrägt und 35/30/34 cm groß. Die Haltung des Prüflings zeigt Abb. 4.

Sie wird vom Prüfer kurz vorgemacht, nachdem er gesagt hat: „Du sollst die Kiste heben und zwar so, daß sie deinen Körper nicht berührt. Ich mache es dir einmal vor.“ Nach dem Vormachen fügt der Prüfer ohne besonderen Nachdruck hinzu: „Ich will mal sehen, wie lange du das aushältst.“ Der Versuch wird sodann mit einer Zwischenpause von 10 Sekunden zweimal gemacht, wobei der Prüfer die Stoppuhr deutlich sichtbar bedient.

Die Auswertung geschieht an Hand der Verteilungskurve, und zwar gilt die Summe der beiden Haltezeiten als Urteilsmaßstab für die Ausdauer des Prüflings. Wenn möglich, ist eine symptomatische Beschreibung zu dem zahlenmäßigen Urteil hinzuzufügen.

Praktisch ist es, zumal denn, wenn man in Gruppen prüfen muß, die Prüfung zu *registrieren*. Es geschieht dies auf sehr einfache Weise dadurch, daß unten an der Kiste eine Schnur befestigt ist, welche in einer ca. dreifach verkleinerten

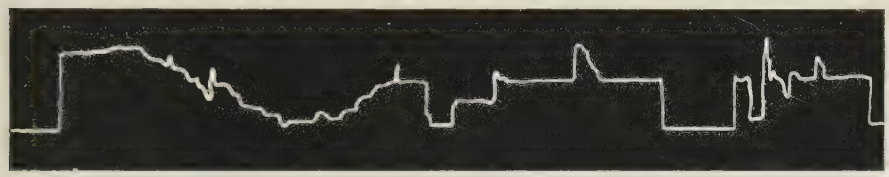


Abb. 5a.

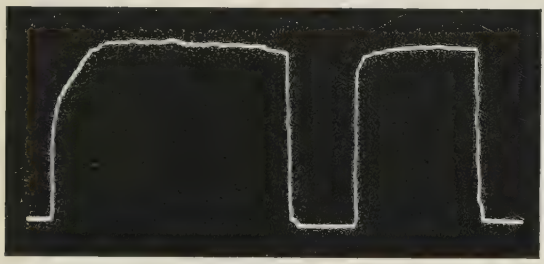


Abb. 5b.
Registrierkurven.

Übersetzung die Hubhöhe auf eine umlaufende Trommel aufschreibt (Abb. 4 u. 5). Die Registrierung zeigt also (s. Abb. 5) das Hochnehmen, das Hochhalten und Niedersetzen. Da diese Art der Registrierung nur die vertikalen Schwankungen zeigt und nicht die horizontalen — es konnte beobachtet werden, daß Leute in belastetem Zustande mehrere Schritte vor und zurück gingen — ferner auch um zu verhindern, was bei Gruppenprüfungen übersehen werden kann, daß der Prüfling zeitweise die Kiste gegen die Beine stemmt, um sich auszuruhen, befindet sich vorn an der Kiste ein eiserner Halbring von 6 cm. Durch diesen Ring geht ganz lose ein auf dem Boden stehendes Rohr von 2 cm hindurch. Der Prüfling hat die Aufgabe, die Kiste so zu halten, daß der Ring die Stange nicht berührt. Es ist also gegenüber der Einzelprüfung eine Änderung eingetreten, als hierdurch ein zusätzliches Aufmerksamkeitsmoment geschaffen ist, welches wahrscheinlich zu einer Erhöhung der Leistung beiträgt. Damit die Pausen genau eingehalten werden, hat der Prüfleiter 3 numerierte Einminutensanduhren, die er je bei dem ersten Niedersetzen der Kiste in Funktion setzt, wobei er danach jedem Prüfling nach einer Pause von genau einer Minute das Zeichen zum zweiten Halten geben kann.

Der Wert dieser Registrierung liegt in erster Linie darin, festzustellen, ob bzw. inwieweit die Kiste bis zur Erschöpfung gehalten worden ist. Es sind

keine Bedenken, geübten Prüfern dieses Urteil *ohne* Registrierung, nur nach dem äußeren Eindruck zu überlassen, denn die äußere Anschauung ist hier grob. Für ungeübte Prüfer und für Mengenprüfungen ist Registrierung notwendig. Abb. 5a stammt zum Vergleich von einem Prüfer selber, der bis zur alleräußersten Erschöpfung gehalten hat. Man sieht als charakteristisch das Abfallen und vor allen Dingen das stete Schwanken der Kurve. Immer neue Antriebe werden gesetzt, um die Kiste zu heben, die dann von selbst wieder sinkt, um schließlich abgesetzt werden zu müssen. Alle Kurven von Leuten, die bis zur Erschöpfung heben, zeigen dieses charakteristische, unter Schwanken erfolgende Abfallen.

Ebenso charakteristisch ist aber auch, daß die Leute, welche nicht bis zur Erschöpfung halten, diese Phase des „Kämpfens gegen die Erschöpfung" vermissen lassen, also den Versuch vorzeitig abbrechen. Sie zeigen alle quasi „die normale Kurve nur im Anfangsteil". (Abb. 5b.)

Abb. 6. Balancierübung.

Die Prüfung der *allgemeinen körperlichen Gewandtheit*, das „Balancieren über einen Balken", differenziert weniger feine Stufen als die anderen Prüfungen. Sie ist aber mit Absicht deshalb so grob gestaltet, weil man bei schwierigeren Prüfungen, die Gute und Schlechte gleichmäßig genau differenziert hätten, mit Unglücksfällen zu rechnen gehabt hätte, was zumal bei Abwesenheit des Arztes sehr unangenehm wäre. Das Balancieren über den Balken soll also gewissermaßen nur ein grobes Urteil darüber ermöglichen, ob körperliche Gewandtheit vorliegt, wie wir sie beim Besteigen von Leitern und Gerüsten, beim Arbeiten in Gruben usw. als notwendig verlangen. Ausgesprochene körperliche Gewandtheit einerseits wird sich als Beurteilung der einen großen Gruppe, und Fehlen dieser Gewandtheit bzw. ausgesprochene körperliche Ängstlichkeit als Beurteilung der anderen Gruppe ergeben. Die Heranziehung des Schulzeugnisses im Turnen hat nur dann Wert, wenn der Prüfer genau weiß, wie streng in der betreffenden Schule zensiert wird.

Die Prüfanordnung zeigt Abb. 6. Der Prüfling hat die Aufgabe, über den Balken hinzugehen, auf dem Balken umzudrehen und wieder zurückzukommen, wobei der Prüfleiter Hilfestellung zu leisten hat.

Die Auswertung geschieht nach der Summe der Fehler beim Gehen und Drehen, wobei Fehler jedes Heruntertreten vom Balken heißt.

Als etwas schwierige Variation wird die Balancierprüfung so angestellt, daß der Prüfling mit einer Hand einen 30 kg schweren Eimer beim Gehen über den Balken tragen muß.

Wenn eben angängig, wäre es am besten, die ganze Prüfung der Gruppe „körperliche Leistungsfähigkeit" vom psychologisch geschulten Turnlehrer oder Arzt vornehmen zu lassen.

Werden alle Prüfungen an einem Vormittag erledigt, so versteht sich von selbst, daß die Kraft beanspruchenden Prüfungen erst nach den Prüfungen

der Geschicklichkeit gemacht werden dürfen, um nicht die, die sich ganz verausgabt haben, unter erschwerende Bedingungen zu bringen.

c) 3. Gruppe: Geschicklichkeit.

Theoretisch-psychologisch ist „Geschicklichkeit" als Bezeichnung eigentlich unzulässig, denn es ist unmöglich, psychologisch eine Grundfunktion „Geschicklichkeit" aufzuweisen oder abzugrenzen. Praktisch jedoch kommen wir ohne diesen Begriff nicht aus, doch finden wir ihn als Sammelnamen für eine ganze Anzahl von Veranlagungen, z. B. Körpergeschicklichkeit allgemein, vielerlei Arten von Handgeschicklichkeiten speziell, sogar Arten intellektueller Geschicklichkeit, etwa „geschickter Diplomat".

Wir engen diesen Begriff ein auf die „*Handgeschicklichkeit*". Aber auch hier muß man sich klar darüber sein, daß die verschiedenen Arten von Handgeschicklichkeit zwar wahrscheinlich — wenn man nach größeren Zahlen urteilt — wohl eine innere Beziehung zueinander haben, ohne daß sie im einzelnen Fall übereinstimmend gut oder schlecht ausgeprägt auftreten müssen.

Wir teilen die Geschicklichkeit zunächst ein in „*höhere*" und „*niedere*". Höhere Geschicklichkeit liegt dann vor, wenn zur richtigen und guten Erledigung einer Arbeitsaufgabe ein Eingreifen höherer geistiger Vorgänge, etwa des „räumlichen Denkens", der „technischen Intelligenz" usw., erforderlich ist. Je weniger das der Fall ist, desto mehr nähern wir uns in kontinuierlicher Skala der niederen Geschicklichkeit, die vor allen Dingen in unserer Gruppe „Geschicklichkeit" geprüft werden soll, während ein Teil der höheren Geschicklichkeitsfaktoren in der Gruppe der *praktischen Intelligenz* mitgeprüft wird. Es gibt ein gutes praktisches Kriterium, um die niedere Geschicklichkeit von der höheren mit praktisch ausreichender Sicherheit abzugrenzen. Niedere Geschicklichkeit ist alles, was der Laie unter Ignorierung der Tatsache, daß auch die einfachsten Handbewegungen ihren Mechanismus im Gehirn haben, der Hand selber zuschreibt. Insofern ist ein einwandfreierer Begriff die „*Hantierung*", und wir würden, wenn wir von Spezialhantierungen reden würden, eine theoretisch befriedigende Grundlage für die praktisch-psychologische Begutachtung schaffen können. Das ist in unserer Gruppierung darum unterlassen, weil es sich um eine ganz allgemeine Begutachtung für die allerverschiedensten Berufe handelt.

Die in dieser Gruppe zusammengestellten Hantierungen sind „*Geschicklichkeitsproben*" *hauptsächlicher Natur*. Sie sind so ausgewählt, daß bei überwiegender Gut- oder Schlechtleistung eine allgemeine Prädizierung „gute Geschicklichkeit" oder „Ungeschicklichkeit" sich für die Praxis durchweg rechtfertigt. Das schließt nicht aus, daß u. U. ganz spezielle Geschicklichkeiten, die etwa bei Spezialarbeitern verlangt werden, durch diese Prüfungen nicht erfaßt werden, was aber darum nicht stört, weil es in den meisten handwerklichen Berufen nur auf eine allgemeine Geschicklichkeit ankommt, während die speziellen von Erlernen und Übbarkeit viel abhängiger sind.

In bezug auf das Ergebnis der einzelnen Geschicklichkeitsproben kommen praktisch die allerverschiedensten Kombinationen vor, etwa eine große Geschwindigkeit bei „einfachen Hantierungen" mit „schlechtem Abzeichnen", schlechte Leistungen der „beidhändigen Genauigkeitsarbeit" mit guter Erledigung der „einfachen handwerklichen Arbeit" oder auch innerhalb der „einfachen handwerklichen Arbeit" wechselnde Kombinationen von „Tempo", „Augenmaß" und „Rechtwinkligkeit" usw. Gerade dieser verschiedene Ausfall der Ergebnisse gibt uns die Sicherheit, daß keine der Geschicklichkeitsproben überflüssig ist, d. h. daß jede etwas Wesentliches prüft.

Unter „einfachen Hantierungen" verstehen wir Hand-Körperbewegungen, an welchen in so geringem Maße Kraft, Intelligenz und Präcision im Sinne des Laien beteiligt sind, daß sie an sich von jedem Menschen geleistet werden können. „Einfache Hantierung" ist z. B. das Ergreifen von Klötzen aus einem rechts auf dem Tisch gelegenen Haufen und Niederlegen am linken Ende des Tisches. Solche einfachen Hantierungen sind bei allen handwerklichen und industriellen Verrichtungen eine wichtige Komponente. Auch bei der qualifiziertesten Arbeit sind einfache Hantierungen in Zwischenbewegungen, beim Abholen und Ablegen des Werkzeuges, des Materials usw. so stark beteiligt, daß von deren Geschwindigkeit die Fertigungszeit wesentlich abhängt. Ausschließlich auf einfache Hantierungen aufgebaut ist die Tätigkeit besonders der Fabrikmädchen bei der Bedienung von einfachen Maschinen usw. Hier ist die Schnelligkeit der einfachen Hantierung ausschlaggebender Faktor der Wirtschaftlichkeit der Arbeit.

Man prüft die einfache Hantierung am besten in 2 Formen, als *grobe* und als *feine*. Die erstere erstreckt sich mehr auf die auf grobe Arbeit eingestellten Arbeiter, die letztere auf mehr an feinere Arbeit gewohnte Arbeiterinnen und auch auf schulentlassene Kinder.

Die Prüfung „*einfacher Feinhantierung*" besteht darin, daß hintereinander der Reihe nach kleine Holzklötze mit einer Blechschaufel von einem Brett auf ein anderes gelegt werden. Bei Rechtshändern bleibt rechts oben auf dem Brett, bei Linkshändern links ein Stück frei, zum Ansetzen der Schaufel. Die Prüfung wird im einfachsten Fall zweimal gemacht, wozu die Bretter auf dem Tisch einmal umgewechselt werden. Ein genaueres Urteil über die Besonderheit der Bückarbeit gestattet die Prüfung dann, wenn man sie außerdem noch in der Form anstellt, daß ein Brett auf dem Boden liegt, und die Klötzchen nun von dem Brett, welches auf dem Tisch steht, auf das auf dem Boden liegende geschaufelt werden.

Die Auswertung geschieht rein nach der Geschwindigkeit, und zwar nach der Summe beider Hantierungszeiten. Eine symptomatische Auswertung ist der genaueren Beurteilung sehr dienlich, jedoch ist die Fragestellung dieser Prüfung durch die Zeitangabe allein schon ausreichend beantwortet.

Die eben beschriebene Prüfung eignet sich für die Begutachtung von Männern, die vorwiegend an grobe Arbeit gewöhnt sind, aus dem Grunde schlecht, weil diese mit einer gewissen Behutsamkeit an derartige Kleinarbeit herangehen, die symptomatisch Präzision vortäuschen könnte, jedoch nichts damit zu tun hat. Um dem Rechnung zu tragen, ist die Prüfung der einfachen Hantierung so umgestaltet worden, daß sie zwar prinzipiell der anderen gleicht, jedoch im einzelnen durch grobe Teile ersetzt ist — größere Bretter, statt der kleinen Holzklötzchen größere hohle Holzrollen, statt des Arbeitens mit der kleinen Schaufel Benutzung der Hand. Die Bretter sind außen mit Filz beschlagen, ebenfalls sind die einzelnen Abteilungen aus Filz gearbeitet, so daß beim Hantieren keinerlei Geräusch und damit — die Prüfung ist eine Gruppenprüfung — auch keine gegenseitige Beeinflussung entsteht. Die Prüfung wird ebenfalls zweimal, evtl. wieder unter Zusatz der Bückarbeit gemacht und nach der reinen Zeit ausgewertet. Wenn man gerade die zusätzliche Bückprüfung (vgl. Abb. 7) mit besonderer Sorgfalt vornimmt und auswertet, so läßt sich das Ergebnis auch in die Gruppe der körperlichen Leistungsfähigkeit einbeziehen.

Die als „*beidhändige Genauigkeitsarbeit*" bezeichnete Prüfung betrifft eine spezielle Geschicklichkeit in der Praxis der handwerklichen Verrichtungen, bei denen es sich handelt um die Führung eines zu bearbeitenden Werkstücks gegen das Werkzeug, etwa Bandsäge, Kreissäge, Nahtschweißen, Nähmaschinen-

nähen usw. Die Anforderungen hierbei sind: Genaues Dirigieren des Werkstückes — zumeist mit zwei Händen — nach optischer Kontrolle unter erheblicher Beteiligung der haptischen und kinästhetischen Komponente (des „Gefühls" in Arm und Hand). Jedoch ist mindestens ebenso sehr daran beteiligt *der Arbeitscharakter*, der Exaktheitswille, die Sorgsamkeit bzw. Sorglosigkeit, Neigung zur Beschleunigung auf Kosten der Exaktheit usw. Die Mitwirkung dieser Faktoren geht so weit, daß sie sogar erhebliche körperliche Schädigungen, z. B. Lähmungen, Ataxie und ähnliches zu kompensieren vermögen.

Abb. 7. Bückprüfung.

Die Aufgabe des Prüflings besteht darin, ein Brett, auf dem eine doppelt konturierte Vorzeichnung befestigt ist, unter einem feststehenden Schreiber so zu führen, daß der Schreiber immer innerhalb der beiden Linien bleibt (vgl. Abb. 8, 9 und 10). In der Instruktion wird die Aufgabe so bezeichnet, daß ausdrücklich als Fehler genannt wird, wenn der Stift über die Linien hinausfährt. Über die Zeit, d. h. ob es auf Schnelligkeit oder Langsamkeit ankommt, wird absichtlich nichts gesagt. Die Maximalzeit ist mit 10 Minuten, wie die Häufigkeitsstatistik beweist, sehr reichlich bemessen.

Diese Probe hat zum Ergebnis zwei Urteile: eins über die *Geschwindigkeit*, das andere über die *Exaktheit*, die der Fehlerzahl umgekehrt proportional gesetzt wird. Die Bildung von Mittelzahlen aus Zeit und Exaktheit ist zu verwerfen, weil es sich um getrennte psychische Wesenszüge handelt; denn die Zeit ist bei aller Arbeit, die irgend wie Genauigkeit verlangt, physikalisch niemals einer Güteskala zuzuordnen. Es gehört zu jeder Präzisionsarbeit auch die Innehaltung einer bestimmten „adäquaten" Arbeitszeit. Wenn z. B. jemand einen feinen Mechanismus in ein paar Sekunden auseinanderreißt, statt ihn sorgfältig zu demontieren, so ist die Kürze der Zeit selbstverständlich nicht als ein Gütefaktor zu werten. Genau so liegen die Verhältnisse hier: Es wird im allgemeinen bei diesen Proben viel schneller gearbeitet, als es sich mit der Exaktheit verträgt, und daher ist das Geschwindigkeitsurteil in seiner Wertung durchaus relativ.

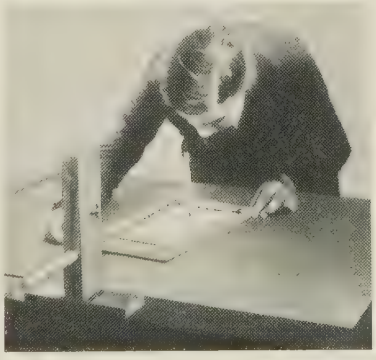


Abb. 8. Genauigkeitsprüfung

Wir verwerten daher das Ergebnis über das Tempo in allererster Linie in bezug auf den *Arbeitstypus*, und zwar in dem Sinne, daß es uns die so wichtigen Beziehungen des Tempos zum Arbeitstypus bei Exaktheitsarbeiten kundtut. Ein schnelles und unexaktes Ergebnis kann daher zusammengezogen werden in „schlecht", und nicht etwa gesagt werden: Ein Plus an Schnelligkeit wiegt ein Minus an Exaktheit auf. Es ist bei dieser Prüfung der Faktor „Geschicklichkeit"

viel weniger ausschlaggebend, als eben die „*Stellungnahme des Arbeitenden zur Exaktheit*“. Die Unsorgsamen sind ihren eigenen Fehlern gegenüber tolerant, während die Sorgsamen, die Gewissenhaften sich vor dem Fehlermachen scheuen, es möglichst beseitigen wollen und einer gewissen eigenen Beeinflussung folgen.

Der Vergleich der Häufigkeitskurven für Zeit und Fehlerzahl bzw. Exaktheit zeigt eine verschiedene Mischung der Typen. Sehr Schnelle, die sehr exakt sind, sind höchst selten, etwas häufiger sehr Unexakte, die besonders langsam sind. Innerhalb der Mittelprädikate tritt auch langsam und unexakt bzw. schnell und exakt als Kombination auf. Im psychologischen Sinne exakt ist derjenige,

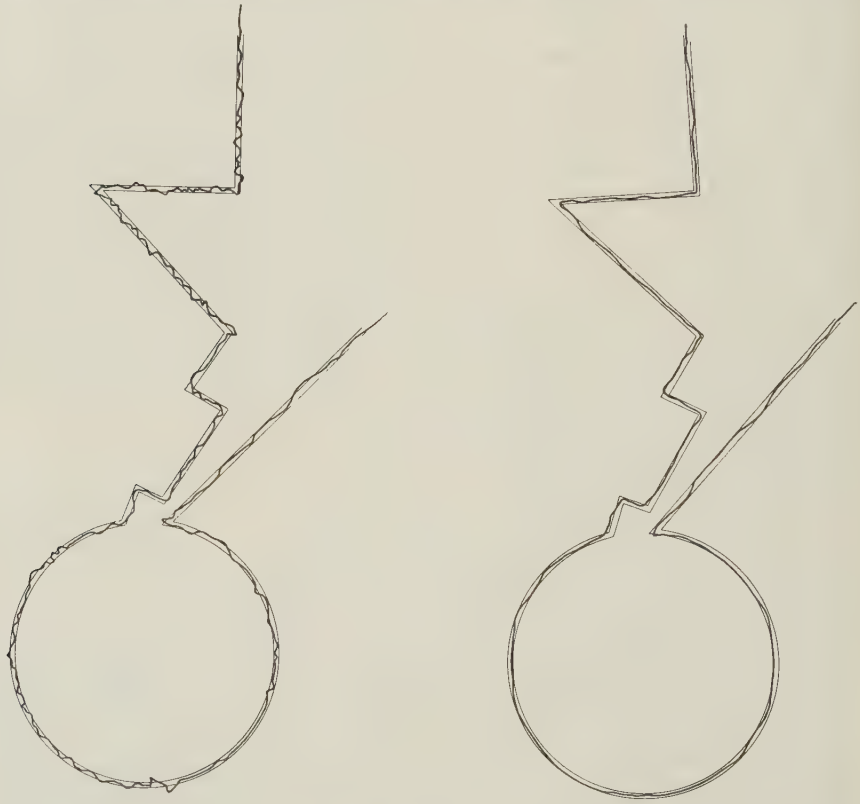


Abb. 9. Fehlerzahlkurven. Abb. 10.

der die Arbeitszeit seiner Geschicklichkeit anpaßt, und das bedeutet eben eine Herabminderung des spontanen gewöhnlich schnellen Tempos. Um gerade hier eine Manifestation des Arbeitstypus nicht zu hindern, muß eine besondere Determinierung auf Langsamkeit streng vermieden werden. Die Frage: „Soll das besonders schnell oder besonders gut gemacht werden?“ wird auffallend selten gestellt; es wird dann gesagt: „Das müssen Sie selbst wissen!“

Außer der Bewertung nach Zeit und Fehlerzahl ist auch eine symptomatische Beurteilung des Verhaltens und eine gewissermaßen „graphologische“ Auswertung des Zeichenbefundes für die Diagnose sehr wertvoll. (Vgl. Beispiele, Abb. 9 und 10.)

Ähnliche Faktoren kommen in Frage bei der „*einfachen handwerklichen Arbeit*“. Diese besteht in der Erledigung der Aufgabe, hintereinander drei un-

regelmäßig geformte — natürlich konstant bleibende — Papiere zu Quadraten zuzuschneiden. Sie ist ebenfalls eine „Arbeitsprüfung", bei der nicht allein die reine Geschicklichkeit der Scherenführung, die Fähigkeit des Augenmaßes, die Sicherheit über den rechten Winkel entscheiden, sondern die Prüfung geht darauf hinaus, zu ermitteln, wie das Individuum von seiner Fähigkeit wirklich Gebrauch macht. Für den Erfolg ist auch hier ausschlaggebend der Faktor „Sorgsamkeit".

Die Auswertung des Tempos geschieht nach der gesamten, für die drei Quadrate gebrauchten Zeit, die des Augenmaßes wird nach besonderen Verfahren nach der Länge der Seiten beurteilt, die der Rechtwinkligkeit in ähnlicher Weise nach dem Ausfall der vier Ecken.

Eine ähnliche Arbeitsprüfung einfacher handwerklicher Arbeit, die jedoch eine genauere Analyse der allgemeinen Arbeitsfaktoren ermöglicht, und die sich außerdem im Gegensatz zu der vorher beschriebenen, die nur als Kurztest zu verwenden ist, zu einer Dauerprüfung eignet, ist das *Anfertigen eines Briefumschlages.*

Aufgabe ist es, aus einem halben Aktenbogen einen Briefumschlag nach einem Muster zu falten und zu schneiden. Vor dem Prüfling liegen in einem schmalen schwarzen Holzkasten die einzelnen Stadien, die das Papier bis zur Fertigstellung durchläuft. Wer also der Reihe nach die einzelnen Stadien erfaßt und nachmacht, bringt auf diese Weise richtig den Briefumschlag zustande.

Abb. 11. Anfertigung eines Briefumschlages.

Der Prüfling steht oder sitzt am Tisch. Es wird ihm zuerst ein fertiges Probemodell, welches vorrätig gehalten wird, 5 Sekunden lang gezeigt, worauf es weggetan wird. Es wird gesagt: „Diesen Briefumschlag sollen Sie (sollst du anfertigen. Wie Sie es machen, das zeigen Ihnen hier die Modelle. So fangen Sie an (wird gezeigt). So arbeiten Sie weiter (der Reihe nach werden die einzelnen Stadien berührt) und hier sind Sie fertig. Sie dürfen die Modelle nicht berühren, sondern Sie müssen alles nach Augenmaß arbeiten." Schere und $^1/_2$ Aktenblatt liegen auf dem Tisch (vgl. Abb. 11). (Man muß darauf achten, daß auch sonst keine fertigen Kuverts in Sehnähe herumliegen.) Die Zeit wird gemessen.

Die Prüfung ist eine „komplexe" Arbeitsprüfung, die als eine leichtere handwerkliche Arbeit bezeichnet werden kann. Es kommen einerseits in Betätigung eine Reihe einzelner Arbeitsfaktoren und andererseits im ganzen der Arbeitstypus.

Die Einzelfaktoren, die aus dieser Prüfung ersichtlich sind, sind erstens *einmal das Augenmaß*, und zwar ist hier sehr wesentlich, daß nicht das *beurteilende* sondern das *herstellende* Augenmaß, welches eine viel größere Beziehung zum Arbeitserfolg hat, zur Funktion kommt. Man sieht es an den einzelnen Proportionen des Umschlages, an der Breite der Ränder, an dem Winkel des Einschnitts usw. Man kann hier exakt vorgehen, indem man die einzelnen Maßabweichungen festlegt. Es dürfte aber zumeist genügen, hier das durch Erfahrung erzogene Augenmaß des Prüfers walten zu lassen, und nur in drei Kategorien: durchschnittlich, gut, schlecht zu urteilen.

Der zweite Faktor ist die *räumliche Auffassung*. Die einzelnen Modellstadien müssen in ihrer räumlichen Eigenart, in den Richtungen und Lagen, richtig aufgefaßt werden. Hierbei sieht man deutlich einerseits die Gutleistung, wo, ohne daß man ein „Studium" bemerkt, gleich auf Anhieb richtig nachgestaltet wird, anderseits die Schlechtleistung, bei der ein mühsames Überlegen und versuchendes Zurechtfinden besteht, bis zum Versagen, der *Ratlosigkeit*.

Der dritte Faktor ist die manuelle *Geschicklichkeit des Faltens* und des Ausschneidens. Auch hier sind sehr bald die schnellen, gewandten, zielsicheren Bewegungen des Geschickten von den ungelenken probierenden Hantierungen des Schlechten zu unterscheiden, die Zitterbewegungen zu werten usw. Besonders achte man beim Schneiden auf *das Mit- und Zueinanderarbeiten der beiden Hände*. Man sieht hier große Unterschiede sich ausprägen. Der Geschickte schneidet völlig frei, indem er hauptsächlich mit der linken Hand führt, dreht und wendet, der Ungeschickte nimmt den Tisch zu Hilfe, probiert erst verschiedene Einstellungen, ehe er losschneidet usw.

Der vierte Einzelfaktor ist die *Sorgsamkeit*. Die Sorgsamkeit, das Bestreben exakt zu arbeiten, ist im einzelnen ersichtlich aus objektiven Symptomen. Man sieht, wie der Sorgsame die Proportionen sich erst genau einstellt, ehe er schneidet, wie der Unsorgsame darauf los schneidet. Auch hier muß genau unterschieden werden zwischen Exaktheit und Sorgsamkeit. „Exaktheit" ist der objektive und „Sorgsamkeit" der psychologische Faktor. Es kann ein sehr Sorgsamer unexakt arbeiten und ein Unsorgsamer infolge langer Schulung exakt[1]). Ferner zeigt sich der sorgsame Faktor in dem Korrigieren, in dem sorgfältigen Vergleichen des Arbeitsproduktes mit dem Originalmodell und anderen Dingen mehr.

Im ganzen gibt dann die Zusammenfassung der Ergebnisse den *Arbeitstypus* des Betreffenden.

Die Prüfung des „*Abzeichnens*" ist mehr aus dem äußeren Grunde der Berufswichtigkeit in die Gruppe „Geschicklichkeit" hineingenommen. Im Gegensatz zu den anderen drei tritt hier der Faktor des durch Unterricht erworbenen Könnens überwiegend in die Erscheinung. Es wird daher auch nur in Form einer Stichprobe das figürliche und perspektivische Zeichnen — Nachzeichnen eines Kästchens und einer Gans — geprüft.

Die Auswertung geschieht frei an Hand von beigegebenen typischen Beispielen und ist in der Hauptsache nur wertvoll zur Gewinnung eines alternativen Urteils über vorhandene oder nicht vorhandene Fähigkeit, zu zeichnen.

d) 4. Gruppe: Praktisch-technische Intelligenz.

Die Abtrennung dieser Gruppe von der „schulisch-sprachlich-begrifflichen Intelligenz" soll eine gewisse Einseitigkeit ausgleichen, mit der der Intelligenzbegriff im zweiten Sinne von der Psychiatrie und Pädagogik her behaftet war.

Auch der Begriff „Intelligenz" ist wie der der „Geschicklichkeit" ein Sammelname für eine Summe von einzelnen besonderen Intelligenzleistungen, die in den beiden Intelligenzgruppen unseres Befundsbogens so zusammengestellt sind, daß beim Überwiegen guter bzw. schlechter Ergebnisse sich mit praktischer Genauigkeit ein Allgemeinurteil über Intelligenz fällen läßt. Und zwar so, daß im Hinblick auf die Berufsberatung die Gruppe A im großen und ganzen die Intelligenz angibt, die wir bei den handwerklichen, technischen praktischen Berufen als erforderlich bzw. vorteilhaft ansehen, während die Gruppe B dasselbe bedeutet für die niederen und höheren geistigen Berufe bzw. die „Schreibberufe".

---

[1]) Ich selbst habe dies früher nicht genau genug unterschieden.

In diese Gruppe kommen vielfältige Prüfungen hinein, die nur *im einzelnen* Beziehungen zur Intelligenz zeigen. Es sind Erledigungen von Aufgaben praktisch-technischer Art, wie sie für alle Arbeiten in ziemlich allgemeiner Weise fördernde Faktoren darstellen. Besonders hier streuen die Leistungen ganz außerordentlich, d. h. es verbinden sich kontrastierend gute mit schlechten Leistungen. Es können ausgezeichnete Einzelleistungen gerade der praktischen Intelligenz vorliegen, ohne daß man allgemein von Intelligenz im höheren Sinne sprechen könnte.

In die praktische Intelligenz fällt zunächst die *optische Intelligenz*, so der Sinn für die Verschiedenheit von optischen Formen und das räumliche Denken. Es sind dies erfahrungsgemäß Faktoren, die ganz allgemein besonders handwerklicher Leistung zugrunde liegen.

Die „*Formenunterscheidung*" wird so geprüft: Auf der Vorderseite eines Kartons von Aktengröße befinden sich 5 verschiedene Formen, die sinnlos nach dem Schlüsselbartprinzip gebaut sind. Auf der Rückseite sind 24 Formen mit entsprechenden Zahlen darunter. Es sollen der Reihe nach die auf der Vorderseite stehenden Formen auf der Rückseite herausgesucht werden (s. Abb. 12).

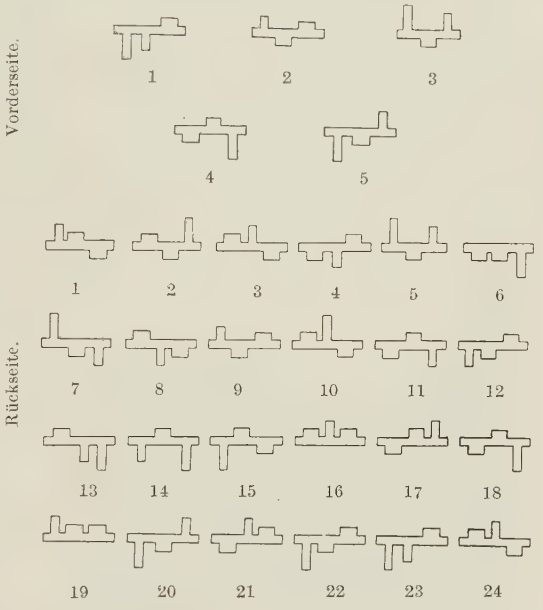


Abb. 12.

Die Auswertung geschieht nach Zeit und Güte getrennt.

Die Prüfanordnung für das „*räumliche Denken*" ist die folgende: Der Prüfling soll eine aus Blech geschnittene, etwas kompliziert, aber nur in den drei geraden Ebenen des Raumes gebogene Form (s. Abb. 13) auf einem Zettel, der die richtigen Maße hat, so wiedergeben, wie ihre Konturen verliefen, wenn sie wieder ganz in eine Ebene zurückgebogen wäre. Um die zeichnerisch Begabteren nicht im Vorteil zu belassen, ist der Zettel, ebenso wie die Blechform, quadriert, so daß die ebene Wiedergabe durch einfaches Abzählen und Nachziehen der Linien möglich ist. Selbstverständlich ist die Lösung der räumlichen Aufgabe dadurch nicht vorweggenommen. Zwischen Prüfling und Vorlage muß sich eine Glasplatte befinden, damit nicht etwa der Tastsinn zu Hilfe genommen wird.

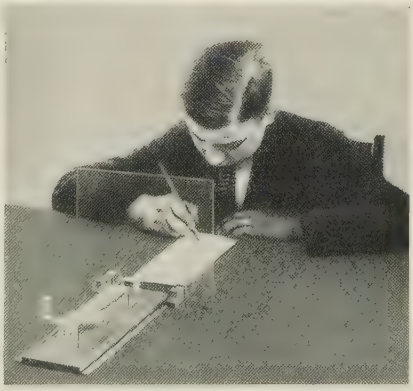


Abb. 13. Prüfung des räumlichen Denkens.

Die Auswertung setzt Erfahrung voraus und geschieht am besten nach *typologischen* Gesichtspunkten, indem man zunächst diejenigen trennt, die wirklich

räumlich gedacht, d. h. eine von der Erscheinung völlig unabhängige Wiedergabe unter restloser *Erfassung der Beziehung des Ganzen zu den einzelnen Teilen* geleistet haben, von denen, die prinzipiell dasselbe, aber nur in gradueller Annäherung gekonnt haben. Als andere Gruppe stehen diesen gegenüber die, denen schon im Prinzip die Aufgabe mißlungen ist, die also entweder „an der Erscheinung geklebt", d. h. perspektivisch wiedergegeben haben, oder die die Beziehung des Einzelnen zum Ganzen so wenig erfaßt haben, daß sie nur in ganz symbolhafter bzw. infantiler Weise einzelne Andeutungen versucht haben.

Prüfung der „konstruktiv-technischen Fähigkeit". Die Prüfung besteht darin, daß ein einfacher Mechanismus, die Bedienung eines Klinkrades durch Transmission und Pleuelvorrichtung, zunächst in seiner Funktion angeschaut und probiert werden darf, dann auseinandergenommen und wieder zusammengesetzt werden soll (s. Abb. 14). Um zu verhindern, daß die Gedächtnistüchtigen bevorzugt werden, dadurch, daß die Teile in der originalen Anordnung abgelegt werden — was ein Verständnis der Funktion vortäuscht — sind die einzelnen Mechanismusteile numeriert und müssen auf entsprechend numerierte Felder eines Paßbrettes gelegt werden, welches die Funktionen in Durcheinander bringt. Auf diese Weise sind zudem alle unter dieselben Bedingungen gesetzt.

Abb. 14. Prüfung der konstruktiven Fähigkeit.

Auch hier ergeben sich bei der Auswertung 3 alternative Gruppen: Wir finden erstens solche, die das Funktionelle so sehr begriffen haben, daß sie den Mechanismus in ganz kurzer Zeit wieder richtig zusammengesetzt haben. Ferner solche, die durch Ausprobieren — vielleicht unterstützt von einem besonders guten visuellen Gedächtnis — die einzelnen Teile ganz oder doch teilweise richtig zusammenbekommen, drittens solche, die der Funktion ganz verständnislos gegenüberstehen und denen es auch im Probieren nicht gelingt, die richtige Funktion herzustellen. Die erste Gruppe unterscheidet sich von den beiden anderen ohne weiteres durch die Länge der aufgewandten Zeit, indem die beiden letzteren immer die ganze ihnen zur Verfügung stehende Zeit zum Herumprobieren ausnutzen, falls sie nicht, ohne etwas zustande gebracht zu haben, vorzeitig abbrechen.

Als weitere Probe ist in die Gruppe der praktischen Intelligenz aufgenommen die *„Merkfähigkeit für mündliche Bestellungen"*, weil sich das Laienurteil etwa über die Verwendbarkeit eines Lehrlings oft wesentlich auf seine Verwendbarkeit bei Aufträgen stützt. Die Prüfung wird so vorgenommen, daß 5 Bestellungen in Befehlsform, z. B. „du sollst zum Schlosser gehen und dort fragen, ob die Schlüssel schon fertig sind", hintereinander vorgelesen werden und dann auf einem Zettel wiedergegeben werden sollen, auf dem der Inhalt der Bestellungen durch entsprechende 5 Fragen, für unser Beispiel also: „Was sollst du beim Schlosser?" bezeichnet ist.

Die Auswertung geschieht nach einzelnen Stufen, nämlich einmal dem vollständigen Fehlen irgendwelcher Angaben — hierbei ist in zweifelhaften Fällen durch hinterheriges Befragen festzustellen, ob das Fehlen wirklich durch ein völliges Versagen der Merkfähigkeit oder nur durch besonders kritische Ein-

stellung gegenüber eigener Unsicherheit hervorgerufen wurde —, sodann nach halber oder ganzer Wiedergabe des Inhaltes, drittens endlich nach der Fehlerhaftigkeit der Bestellungen. Auch bei dieser Prüfung ist es zweckmäßig, die Auswertung nach statistisch ermittelten Punktzahlen vorzunehmen.

Zur Prüfung des „*praktischen Denkens*" dient die Ergänzung von Sätzen. Es werden dem Prüfling angefangene Sätze geboten, *zu deren Vollendung ein ausgesprochen praktisch eingestelltes Nachdenken notwendig ist.* Ein Beispiel: „Ein Meister machte die Wahrnehmung, daß der Holzfußboden seiner Werkstatt ihm recht teuer kam, weil er ständig Reparaturen daran hatte. Deshalb . . ." Es soll nun etwa ergänzt werden: „legte er einen neuen Steinfußboden."

e) 5. Gruppe: Schulisch-sprachlich-begriffliche Intelligenz.

In dieser Gruppe spielt noch mehr als in der vorhergehenden das „geistige Inventar" eine große Rolle, d. h. es ist für die Güte der Leistungen außer der angeborenen Fähigkeit das Erübte und Erlernte, sei es durch Fleiß oder durch Lebenserfahrungen, von sehr großer Bedeutung. In diesem Sinne enthält diese Gruppe auch Teile, die man besser nicht als Intelligenz bezeichnen würde. Es wäre gut, wenn wir eine strenge Trennung der angeborenen und erworbenen Intelligenzfaktoren durchführen könnten. In diesem Falle würde z. B. das Rechnen, die Rechtschreibung, der Satzbau usw. nicht in die Intelligenzprüfung hineingenommen werden dürfen. Wir nähern uns zwar in der wissenschaftlichen Entwicklung allmählich einer immer genaueren Unterscheidung dieser beiden Faktoren, aber wir sind noch nicht so weit, daß wir in einer praktischen Zwecken dienenden Prüfserie die Scheidung durchführen können. Schwere Fehler entstehen dadurch nicht; denn bei der Gleichmäßigkeit der Schulbildung, die wir in Deutschland voraussetzen dürfen, ist eine Scheidung von „angeboren" und „erworben" nicht so sehr von Belang. Daß natürlich durch eine mangelnde Berücksichtigung des begabten Faulen auf der einen Seite und des unbegabten Fleißigen auf der anderen Seite die Trennung ihre Schwierigkeiten hat, liegt auf der Hand. Im übrigen gilt allgemein, daß für die Erkennung der höheren Begabung ein positiver Ausfall der gesamten Prüfung für das Vorhandensein viel beweisender ist als umgekehrt ein mittlerer Ausfall für das Fehlen. Jedoch nehmen wir als Grenze dessen, was wir mit unseren Mittel prüfen wollen, nicht das Genie, die Intelligenz im Sinne der selbständig schöpferischen Erlebens- und Handelnsform, sondern nur den *tüchtigen* Menschen.

„*Schrift*", „*Rechtschreibung*" und „*Satzbau*" werden als Nebenergebnis gewonnen von einem Aufsatz über den Berufswunsch bzw. bei Erwachsenen über den Lebenslauf; falls hier Bedenken vorliegen, wenn etwa diese Themen in der Schule geübt worden sind, so kann auch die Beschreibung eines Bildes verwendet werden.

Die Auswertung darf hier nicht quantitativ gemacht werden, sondern in der Art einer freien Beschreibung, und nicht in der Form einer einfachen Prädizierung mit gut, mangelhaft usw., da solche Urteile in diesem Falle nicht von der Häufigkeitskurve entnommen werden können, sondern vom subjektiven Eindruck usw. des Prüfers wesentlich abhängen. Statt dessen soll man die Schrift etwa nach der Leserlichkeit, die Rechtschreibung nach den Graden der Fehlerhaftigkeit, den Satzbau vielleicht mit den Prädikaten richtig, einfach, umständlich usw. beschreiben. Auch alle übrigen schriftlichen Arbeiten sind zu dieser Beurteilung heranzuziehen.

Die „*Kenntnis der Rechenoperationen*" wird nicht ausführlich geprüft. In diese Serie ist sie hineingenommen, einerseits wegen einer gewissen Beziehung zur Intelligenz, anderseits aber auch um einen Anhaltspunkt über die gegen-

wärtige Leistungsfähigkeit zu haben, da in vielen Arbeitskategorien eine bestimmte Rechenfähigkeit verlangt wird. Es wird dem Prüfling je eine einfache Additions-, Subtraktions-, Multiplikations- und Divisionsaufgabe mit aufgedruckter Anweisung vorgelegt.

Bei der Auswertung ist in Anbetracht besonderer schulischer Verhältnisse besondere Vorsicht am Platze. Die Prüfung dient in erster Linie zur Beantwortung der Frage: Ist die Kenntnis der vier genannten Rechenoperationen als solche vorhanden oder nicht vorhanden? Dem Auftreten von Rechenfehlern, die wir in Operationsfehler und spezielle Rechenfehler scheiden, ist viel weniger Bedeutung zuzumessen.

Zur Prüfung der „*Kenntnis der üblichen Maßeinheiten*" dienen eingekleidete Rechenaufgaben, in denen Zentner, Kilo, Pfund, Gramm, ferner Litermaße, Quadrat- und Kubikzentimeter- und Metermaße vorkommen.

Vorderseite.

63297	51427	81649
17396	25814	79209
49105	60384	26301
23206	36728	93042
72591	92037	34901

Rückseite.

67106	82974	92037	51247	22021
72519	26031	92703	17693	49105
49150	74697	10734	92730	17210
21926	61534	42638	25148	51274
86103	46206	25814	81649	81694
59028	11031	99168	44641	96196
12503	17469	37116	72915	49051
17369	93042	25184	17396	24967
92073	54139	84768	63297	49015
34901	26130	51472	36728	51724
56510	38620	36872	49501	72159
49510	81946	79209	60483	15692
25841	36782	60843	17936	25481
60348	60384	22048	36287	60834
36278	29483	23206	81964	26013
76301	72951	68806	72195	26310
33257	95821	85420	51742	27261
92307	60438	77184	51427	72591
81496	81469	47910	25418	28683
26103	26301	53694	36827	92370

Abb. 15. Zahlensuchen.

Gewertet wird nur nach: richtig und falsch, wobei auch Auslassungen als falsch gelten.

Besonders in Anbetracht der Wichtigkeit niederer Bureauberufe ist ungemein wichtig, die *Fähigkeit für einfache Bureauarbeit* zu prüfen.

Hier kommt es weniger an auf die Intelligenz als auf eine spezifische Art der geistigen Arbeit, die man allgemein unter das Schema bringen kann: Erledigung von einfachen schriftlichen Ordnungsarbeiten.

Hierbei steht im Vordergrunde die *Zuverlässigkeit*, da im allgemeinen bei Bureauarbeiten Tolerierung von Langsamkeit geübt wird.

Das Arbeiten mit Zahlenlisten irgendwelcher Art, ob es sich handelt um Registerzahlen, Fernsprechnummern, Adressen, Kontonummern usw., ist einer der häufigsten Bestandteile niederer Bureauarbeit, bei der es auf absolute Zuverlässigkeit ankommt.

Ein Karton von Aktenblattgröße (s. Abb. 15) trägt auf seiner Vorderseite einen Raster von 15 je fünfstelligen Zahlen, auf seiner Rückseite 5 Kolonnen von je 20 Zahlen, insgesamt also 100 Zahlen. Neben jeder dieser Kolonnen ist ein freier Raum, in den Pappstreifen eingezogen werden können. Die Aufgabe besteht darin, der Reihe nach eine Zahl der Vorderseite zu merken und aus den Kolonnen der Rückseite herauszusuchen. Die Zahlen der Rückseite sind zusammengestellt mit Rücksicht auf die psychologische Fehleranalyse sowohl für die optischen als auch die akustisch-motorischen Typen. Es sind also z. B. eingestreut optisch ähnliche, stellenvertauschte und doppelt vorkommende Ziffern (Ranschburgsche Hemmung).

Ebenso gebaut ist *die Prüfung des „Namensuchens"* (Abb. 16). Der Karton hat auf der Vorderseite 15 Namen stehen, die aus einer Liste von 100 auf der Rückseite stehenden Namen herausgesucht werden sollen. Zur Kontrolle der Richtigkeit dient eine hinter jedem Namen der Rückseite stehende Nummer

(Telephon- oder Kontonummer). Auch diese Namen sind so gebaut, daß sie reiche Fehlermöglichkeiten geben, z. B. finden sich zu dem Worte *Morrel* die Abweichungen Morrell, Morell, zu dem Worte Kutzkow die Abweichungen Kutschkow, Kutschko, und zwar sind diese falschen aber großenteils sehr ähnlichen Worte voranstehend. Es gehört also eine *bureaukratische Aufmerksamkeit auf Buchstabendetails* dazu, um dieser Aufgabe richtig zu genügen.

Beide Prüfungen werden ausgewertet sowohl nach Zeit als auch nach Richtigkeit.

Das *„höhere begriffliche Denken"* wird mit einem Ebbinghausschen Kombinationsbogen geprüft. Lückenteste prüfen nichts Einheitliches, sondern je nach-

1 Weinheimer	6 Deffinger	11 Kutzkow
2 Rieffer	7 Schmitz	12 Mofchard
3 Oster	8 Spallek	13 Maushoff
4 Kerckhoff	9 Kluren	14 Kapischka
5 Cohnheim	10 Morrel	15 Brandemberg

101 Spillner	126 Kohnhein	151 Wiese	176 Hastert
102 Morrell	127 Schanzer	152 Veit	177 Maushoff
103 Küpper	128 Hermes	153 Jahn	178 Hahn
104 Prim	129 Weissheimer	154 Scheibler	179 Stern
105 Beressem	130 Klotz	155 Schuster	180 Oster
106 Maushof	131 Over	156 Kutschkow	181 Weinheim
107 Mofeshard	132 Pfeifer	157 Jansen	182 Kirsch
108 Wilden	133 Kirchhoff	158 Rausch	183 Ludwigs
109 Zwingmann	134 Rieffer	159 Cohnheim	184 Mörsch
110 Brühl	135 Strick	160 Jakobi	185 Cohnhein
111 Bongartz	136 Kuhlers	161 Schmits	186 Cremer
112 Klein	137 Schmitz	162 Wildt	187 Kutschko
113 Jonas	138 Schnitzler	163 Spallek	188 Schmiddem
114 Rosrath	139 Kreiss	164 Meisen	189 Lauter
115 Kapiczka	140 Langen	165 Mofchard	190 Kirschhoff
116 Himberg	141 Schmets	166 Virnich	191 Strammel
117 Duhr	142 Lingens	167 Kapiska	192 Brandemberg
118 Kutzkow	143 Wilmer	168 Kluren	193 Fischer
119 Euler	144 Mauhoff	169 Morell	194 Metzgers
120 Heiden	145 Senger	170 Sons	195 Kerckhoff
121 Brandenberg	146 Deffinger	171 Merkens	196 Düppen
122 Heesen	147 Kapischka	172 Weinheimer	197 Weller
123 Körver	148 Bertram	173 Strauss	198 Wolf
124 Marx	149 Pütz	174 Schlange	199 Morrel
125 Müller	150 Brandenburg	175 Richartz	200 Mofshard

Abb. 16. Namensuchen.

dem, wie sie ausgebaut sind, beanspruchen sie das eine Mal mehr das sachlich-begriffliche Denken, das andere Mal das sprachlich-begriffliche Denken, welch letzteres weitgehend durch sprachliche Geläufigkeit, welche an sich mit Denken wenig zu tun hat, ersetzt und vorgetäuscht werden kann. In der Prüfserie für vierzehnjährige Schulentlassene wird ein Bogen sachlich-begrifflichen Inhaltes verwandt (vgl. Abb. 17). D. h. er ist so gestaltet, daß der nur mit sprachlicher Geläufigkeit Arbeitende mit Wahrscheinlichkeit unrichtige oder halbrichtige Ausführungen liefert. Genau kann beides niemals voneinander geschieden werden, da natürlich die individuelle sprachliche Geläufigkeit sich nicht ohne weiteres einrechnen läßt. Für Erwachsene braucht man zweckmäßigerweise statt eines solchen konkreten Textes, wie z. B. einer einfachen Erzählung, eine mehr begrifflich abstrakt gehaltene Abfassung.

Bei der Auswertung muß man qualitativ unterscheiden zwischen dem Typus, der streng sachlich ergänzt hat, so daß man bei fehlenden Einfügungen

evtl. bloß eine Unsicherheit annehmen darf, und durch eine ganze Reihe von Übergängen hin den nur sprachlich veranlagten Typus, der, ohne auf den ganzen Zusammenhang zu achten, verbalistische und durchaus nicht immer sachlich passende Ergänzungen vorgenommen hat. Ferner ist von höchster Wichtigkeit, daß man das rein quantitativ wertende Verfahren, wobei einfach die richtig ausgefüllten Lücken *gezählt* werden, ersetzt durch die Ermittlung des Urteils an Hand von statistisch errechneten Häufigkeitswerten für jede einzelne Lücke. Nach einer solchen Berechnung kommt jeder Lücke eine bestimmte Punktzahl

Name: Datum:

Vorher lesen und genau beachten!

Hier unten steht ein Aufsatz. In diesem sind Wörter ausgelassen. Lies dir erst das Ganze einmal durch, dann fange noch einmal von vorn an und fülle die Lücken mit Bleistift aus.

Wenn du eine Lücke nicht gleich auszufüllen weißt, so halte dich dabei nicht lange auf und gehe zur nächsten über.

Wenn du alles so ausgefüllt hast, wie du es konntest, gibst du den Bogen sofort ab.

Hand und Maschine!

Das was der Mensch vor dem Tiere voraus hat, ist sein Verstand und seine . . .. Fast alles, was der Mensch hervorbringt, leistet er nur durch die .....

Aber in neuerer Zeit hat der Mensch noch einen andern Gehilfen bekommen, die .... Sie kann vieles .... als die ..... Sie hat viel mehr .... und arbeitet viel .....

Die Maschine wird nicht ....., denn sie kann Tag und Nacht durcharbeiten.

Die Maschine bedarf aber der Hand zur .... damit sie ..... arbeitet.

Nicht alle .... kann durch die .... ersetzt werden, und deshalb ist eine gute Ausbildung der ..... immer noch von größtem Wert.

Abb. 17.

zu, die ihrer Schwierigkeit umgekehrt proportional ist. Die Addition der Gesamtpunktzahlen ergibt dann die Endbeurteilung über die Ausfüllung des Kombinationsbogens und muß nach einer Häufigkeitskurve prädiziert werden. In zweifelhaften Fällen, in denen Nichtausfüllung der Lücken mit dem übrigen Intelligenzbefund nicht in Einklang zu bringen ist, soll nach Möglichkeit durch eine zusätzliche Befragung der Tatbestand geklärt werden.

f) 6. Gruppe: Persönliche Unterhaltung über die Berufswahl.

Eine Unterhaltung des Prüfers mit dem Prüfling kann durch nichts an psychotechnischen Prüfungen ersetzt werden. Wertvoll ist sie — wenn man Geschick und Erfahrung des Prüfers voraussetzen darf — in jedem Fall, unerläßlich da, wo die Befunde Bedenken offen gelassen haben.

Es braucht wohl kaum noch hervorgehoben zu werden, daß die vorgenannten Prüfungen ein, wenn auch in sich vollständiges so doch schematisches und vervollkommnungsbedürftiges Verfahren darstellen.

2. Übrige Prüfungen.

In diesem Paragraphen bringe ich einige *Beispiele*, die zur Ergänzung entweder allgemeiner oder nur bestimmter Fälle bestimmt sind.

Die psychologischen Arbeitsprüfungen mit Arbeitsschauuhrenregistrierung sind dazu bestimmt, für die verschiedensten Arten von Arbeitsverrichtungen das

Dauerverhalten zur Diagnose zu bringen. Prinzip ist die Verallgemeinerung der Kraepelinschen Rechenarbeitskurve und *die Selbsttätigkeit der Registrierung der Arbeitskurve.*

Der Prüfling hat hintereinander Arbeiten zu leisten, die objektiv gleich sind, also etwa: 10 Rechenkarten mit 20 Additionskolonnen, Stanzen von Papierstreifen mittels eines 30 Pfund schweren Gewichtes, Anfertigen von gleichen Briefumschlägen, Viereckigfeilen von gleichbleibenden Blechstücken usw.

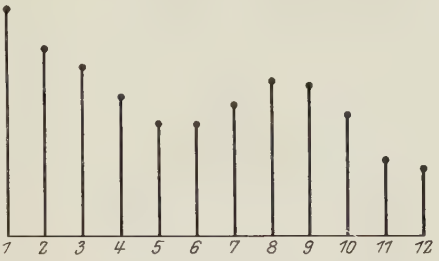


Abb. 18. Kurve der Arbeitszeiten.

Die Arbeitskurve ist die graphische Darstellung dieser einzelnen *Stückarbeitszeiten* als Ordinaten. Eine solche Stückarbeitszeitenkurve zeigt Abb. 18, wobei in der Abszisse nur die Reihenfolge dargestellt ist.

Die von mir eingeführte Verzeichnungsweise zeigt Abb. 19. Sie wird von der abgebildeten, eigens für psychotechnische Zwecke konstruierten *Arbeitsschauuhr* ohne weiteres geleistet.

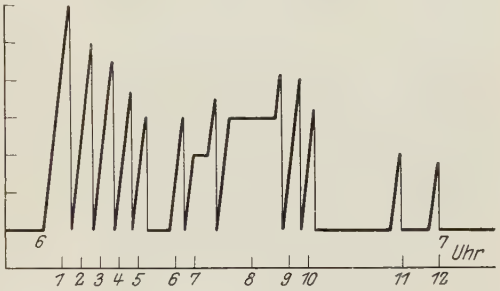


Abb. 19. Kurve mit Arbeitsschauuhr.

Diese Arbeitsschauuhr besteht aus einem Sonderuhrwerk, welches mit der einen Achse eine Papiertrommel dauernd gleichmäßig vorschiebt (Abszisse), während mittels einer anderen schnelleren Achse ein Schreiber in Führung gleichförmig quer zum Papier bewegt werden kann (Ordinate). Bei Beginn der Verzeichnung liegt der Schreiber unten und schreibt die Grundlinie. Er steigt erst, wenn durch eine Hebelbewegung eingekuppelt worden ist. Dadurch entsteht die Schräge der Abb. 19. Wird ausgekuppelt, so fällt dieser Schreiber auf die Grundlinie zurück. Man kann also die Stückzeiten dadurch schreiben, daß man mit Hilfe einer Vorrichtung bei Beginn der Teilarbeit einkuppeln, und bei Schluß auskuppeln läßt. Dies geschieht so, daß die Arbeitsstücke auf Arbeitshaken (oder in Arbeitskästen) gebracht werden, deren Bedienung *selbsttätig* die Ein- und Auskupplung bedingt (s. Abb. 20 und 21). Die Pausen innerhalb der einzelnen Arbeitsstücke werden so hervorgebracht, daß durch einen dritten Hebel die Steigbewegung gehemmt und wieder freigegeben werden kann.

Abb. 20. Arbeitsprüfung mit selbsttätiger Schaltung.

Abb. 22 zeigt eine „*Aufmerksamkeitsprüfung*", die in erster Linie für solche Berufskategorien bestimmt ist, in denen die *kontrollierende Aufmerksamkeit* die Hauptrolle

Abb. 21. Arbeitsprüfung mit selbsttätiger Schaltung.

spielt. Das kommt vor allem in Frage für viele Textilarbeiten. Die Prüfung kann ohne Arbeitsschauuhr als Einzelprüfung oder mit Arbeitsschauuhr als Massen- oder Gruppenprüfung vorgenommen werden.

Zu der Prüfung gehören weiße Kartons, auf deren Vorderseite eine Menge kleiner Figuren, z. B. kleine Quadrate, Dreiecke usw. aufgedruckt sind und auf deren Rückseite kleine Taschen angeklebt sind. Die Kartons sind oben für die Arbeitshaken gelocht. Auf diesen 40 Kartons ist eine bestimmte kleine Figur, ein aufrecht stehender Strich, in regelloser Abwechslung je 0, 1, 2 und 3mal verteilt. Die Aufgabe ist die, nacheinander auf jedem Karton die Anzahl dieser einen Figur festzustellen. Um für die Auswertung Irrtümer zu vermeiden, liegen vor dem Prüfling 4 Stöße von kleinen Kärtchen, die mit einer 0, 1, 2 und 3 versehen sind. Je nach der Anzahl, die der Prüfling gefunden hat, muß er ein solches Kärtchen in die kleine Tasche des Kartons stecken und den Karton so ablegen. Zur Auswertung werden Zeiten und Fehler gemessen.

Als Beispiel für eine zusätzliche Prüfung, die bei solchen Berufen wichtig ist, die *sehr reaktionsschnell und -sicher sein müssen* — das sind also Lenkerberufe, Kranführer, Schalttafelwärter usw. — sei im folgenden eine Reaktionsprüfung, die „*Prüfung des überlegten Reagierens*", beschrieben.

Abb. 22. Aufmerksamkeitsprüfung.

Die üblichen Wahlreaktionen leiden an dem Mangel, daß sie die *geistesgegenwärtige Richtighandlung* nur ungenau differenzieren. Es liegt dies daran, daß die Zuordnung der verschiedenen Reize zu den verschiedenen Bewegungen die *Merkfähigkeit* stark beansprucht, wodurch derjenige, welcher die Zuordnung rasch behält und automatisiert, im Vorteil ist. Man kann die Prüfung in bezug auf ihren Symptomwert dadurch verbessern, daß man die Merkfähigkeit *ausschließt* und so einrichtet, daß zwischen Reizeinwirkung und Bewegung sich eine bewußte Überlegung dazwischen schieben *muß*.

Diese Prüfanordnung zeigt die folgende Abb. 23. Eine Tafel trägt unten 8 Röhren mit Druckbällen und oben ebenfalls 8 Röhren, die rechtwinklig abgeknickt sind und in einer Spitze auslaufen. Zwischen diesen verlaufen rote Gummischläuche, deren Länge von 80 cm—1,60 variiert und die in passenden Rollenstäben so herumgelagert sind, daß sich mit dem Auge ihr Verlauf verfolgen läßt. Je ein oberes Rohr ist mit je einem unteren Rohr durch einen Schlauch verbunden, dies aber so *vertauscht*, daß die Reihenfolge oben und unten willkürlich erscheint, *also gesucht werden muß*. Vor den oberen Spitzen befinden sich in Scharnieren kleine Brett-

chen mit Klammern, in welche Celluloidstreifen (Kerzen) senkrecht hineingesteckt werden können. Diese Brettchen lehnen sich so gegen die oberen Rohrspitzen, daß sie durch einen Luftstoß, der aus der Spitze kommt, sofort umfallen.

Es ist nach dieser Anordnung klar, daß durch Bedienung eines zugehörigen Druckballes *eine* „richtige Kerze" zum Umfallen gebracht werden kann, nachdem sie richtig herausgesucht worden ist.

Um nun zu dieser Aufgabe die „*Aufregung*", den „*Zwang*", überhaupt die *Tendenz auf Schnelligkeit* zu erzeugen, dient die folgende Prüfgestaltung: Eine von den Kerzen wird angezündet. Sie brennt aber nur 10 Sekunden, was im allgemeinen *nicht* ausreicht, um die richtige Schlauchverbindung zu finden. Von diesem Brennen, das mit großer Flamme geschieht, geht — ohne daß die *Schnelligkeit* besonders instruiert wird — die *Einstellung auf Schnelligkeit* aus. Diese Einstellung wird noch verschärft durch die besondere Art der *Zeitmessung:* während der Prüfung schlägt ein Metronom im Sekundentakt, und der Prüfer *zählt laut mit.* Wie die Erfahrung gezeigt hat, läßt sich durch diese Anordnung in der Tat eine recht starke „*Affektlage*" erzielen. Ferner trägt auch noch dazu bei, daß eine andere Reaktionsprüfung, die „Einfache Greifreaktion", bei der fallende Stangen aufgefangen werden müssen, *vor* der „Überlegten Reaktion" geprüft wird, wodurch sich eine „motorische Tendenz" ausbildet.

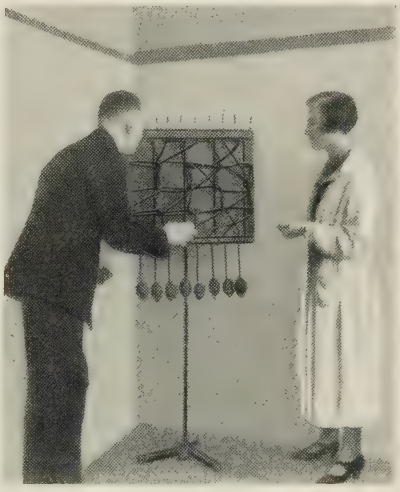


Abb. 23. Überlegungsprüfung.

Die *Auswertung* dieser Prüfung geht weniger auf die Ermittlung von Zahlenwerten als auf die *typologische Erfassung* des Gesamtverhaltens. Es ist zunächst festzustellen, ob und inwieweit der Betreffende in Aufregung gerät, sich in der ruhigen Überlegung, in dem ruhigen Suchen beeinträchtigen läßt. Extreme Typen geraten so in Spannung, daß sie, um diese abzureagieren, ganz ohne zu überlegen, hintereinander der Reihe nach, Bälle drücken, „auf gut Glück". Im stärksten Kontrast dazu steht der ganz ruhig Bleibende, der entsprechend der Aufwendung an Zeit die richtige Schlauchverbindung sucht und den richtigen Ball drückt. Gerade diese Prüfung bedarf zum sicheren Werten der *Wiederholung unter gegenteiliger Determination.* Da das nervöse Verhalten mit Fehlermachen überwiegt, so wird in Anpassung an die Individualität etwa gesagt: „Sie haben eben Fehler gemacht. Das dürfen Sie nicht. Schneller, als Sie es können, verlangt es von Ihnen kein Mensch. Wohl aber kann man von Ihnen verlangen, daß Sie keinen Fehler machen. Daß Sie Fehler gemacht haben, beruht darauf, daß Sie sich nicht die richtige Zeit genommen haben zum Überlegen. Wir werden jetzt den Versuch noch einmal wiederholen." Hierbei zeigt sich der nervöse Typ als stabil. Die einmalige Beeinflussung genügt nicht, um das Verhalten zu ändern. Im allgemeinen ist bis jetzt bei sehr zahlreichen Fällen niemals eine glatte Umkehrung des Typus zu beobachten gewesen.

Um den „ruhigen" vom „apathischen" Typus genauer zu differenzieren, erfolgt die *gegenteilige* Instruktion: „Sie haben ja zwar keine (oder nur wenige) Fehler gemacht, dafür haben Sie sich auch reichlich Zeit genommen. Wir werden jetzt den Versuch noch einmal wiederholen und dabei müssen Sie unbedingt

schneller drücken. Selbstverständich dürfen Sie auch jetzt keine Fehler machen.“ Auch hier zeigt sich die Typenstabilität nur noch ausgesprochener.

Man soll diese Prüfung frei gestalten, unter Umständen mehrere Wiederholungen einschieben unter ganz verschiedener, dem individuellen Verhalten angepaßter Instruktion. Sie gibt dann in ganz kurzer Zeit ein Bild des wahrscheinlichen Gefahrverhaltens. Unter 6 geprüften Schalttafelwärtern z. B. war der eine mit Unfallsvorgeschichte in dieser Hinsicht deutlich abweichend von den übrigen. Das von dem Versuchsleiter gewonnene Bild deckte sich nachher völlig mit dem Betriebsbericht.

Von den vielen praktischen psychologischen Arbeitsprüfungen handwerklicher und industrieller Art beschränke ich mich hier auf die Wiedergabe eines einzigen Beispiels, die *Tischlerprüfung.*

Beschreibung des Arbeitsplatzes (s. Abb. 24): Hauptbestandteile sind 1. eine gute gewöhnliche Hobelbank; 2. das fertige Modell; 3. eine plakat-

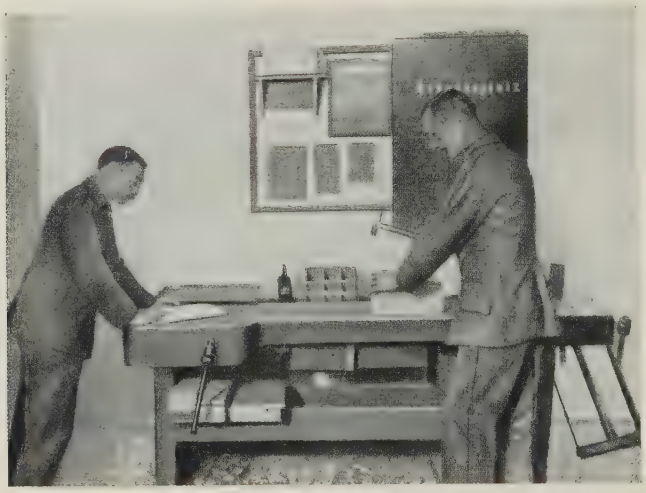


Abb. 24. Tischlerprüfung.

förmige Anweisung der einzelnen Arbeitsvorgänge; 4. die in Buchenholz ausgeführten einzelnen Teilbretter, Boden, Seitenwände als Modelle in genauem Maß; 5. das konstant gehaltene Werkzeug, Säge, Hobel, Hammer, Zange, Bleistift, Nägel; 6. das Rohmaterial, 2 konstant große, ungehobelte, halbzöllige Tannenbretter von guter astfreier Qualität. Die Prüfung wird vom Tischlermeister geleitet. Der Arzt oder Psychologe ist nicht anwesend oder passiver Zuschauer.

Es wird zuerst die handwerkliche Vorübung durch Befragen festgestellt und notiert. Darauf wird eine Arbeitsanweisung gegeben unter Demonstration des Modells, der Maßbretter und der Arbeitsgänge. Es wird notiert, wie sich die Auffassung des Mannes hierbei zeigt. Der Mann arbeitet nun, und es werden von dem stets daneben stehenden Meister mit einer Stoppuhr die im nebenstehenden Protokoll angegebenen einzelnen Zeiten gemessen, sowie die Beobachtungen notiert. Über den Zweck des Messens der einzelnen Arbeitsgänge an Stelle einer Messung der Gesamtzeit sei hier nur das eine mitgeteilt, daß wir festlegen wollen, ob mehr *die handwerklichen Hantierungen* oder mehr *das Konstruktive* langsam, schnell bzw. verschlechtert erscheint. Es gibt einerseits Leute, die sehr schnell hobeln, aber sehr langsam Maß nehmen und zusammenbauen. Umgekehrt gibt

es Arbeitstypen, welche, trotzdem sie langsame Hantierungen haben, vermöge guten konstruktiven Sinnes die Arbeit rascher erledigen.

Arbeitsprobe Nr. II für .....

Herstellung einer Versandkiste.

Aufgenommen am .....

Arbeitsgang	Min.	Sek.	Bemerkung
1. Holz im ganzen hobeln			
2. Einzelne Teile ders. nach Schablone zuschneiden			
3. Zusammennageln der vier Seiten . .			
4. Annageln des Bodens			
5. Anheften des Deckels			
Fehlanzeige			
Gesamtzeit			

Ausführung:
Allgemeine Beschreibung:

Der Meister:

Abb. 25.

Auch diese Probe ist an Normalen angestellt worden, um die Ergebnisse genau so exakt werten zu können, wie die der übrigen psychologischen Leistungsprüfungen. Es war dies auch deshalb nötig, weil erst bewiesen werden mußte, daß tatsächlich die Probe eine *Testeignung* besitzt und der Einfluß der individuell verschiedenen handwerklichen Ausbildung nicht so groß ist, als man dies zu vermuten geneigt ist. *Dies Bedenken ist nicht nur gefallen, sondern im Gegenteil: Es hat sich herausgestellt, daß diese praktisch-systematische Werkstattprüfung oft wertvollere diagnostische Dienste leistete als viele rein psychologische Leistungsprüfungen, die besonders, wenn sie intellektueller Art sind, sehr viel mehr auf die Gebildeten zugeschnitten sind, als umgekehrt die Kistenprobe auf die körperlich Arbeitenden.*

Schluß.

Es hat gar keinen Sinn, daß der Arzt selber dauernd die Instanz ist, welche die Prüfungen vornimmt. Nur das muß gesagt werden: er muß selber imstande sein, diese Prüfungen zu machen: eigenes Prüfen ist daher unerläßlich. In der Praxis aber kann eine solche einfache Prüfserie ausführenderweise von psychologisch gebildeten Lehrern und Berufsberatern mit befriedigendem Erfolge erledigt werden.

Der Arzt kann also den Befund machen lassen im Sinne der Arbeitsteilung, um evtl. nur bei besonders schwierigen Fällen selbst zuzusehen. Dann möge er 1 oder 2 Prüfungen sich selber vorbehalten, um den Fall selbst intimer kennenzulernen. Hat er das getan, so ist der Unterschied gegenüber der Situation, wie wenn er selber den Fall ganz durchgeprüft hätte, nur verhältnismäßig gering. Wenn er also sein Gutachten abgibt, liegt sein ärztlicher Befund, sein eigener psychologischer Kurzbefund und der psychologische Prüfbefund fertig vor.

Zunächst soll er zu diesem Befund Stellung nehmen rein vom Standpunkt des Arztes, d. h. den Befund benutzen als *Vermehrung ärztlicher Daten.*

Im Vordergrunde steht da zunächst die Gruppe *körperliche Leistungsfähigkeit.* Er sieht an dem objektiven Befunde nach den statistisch exakten Ermittlungen die Prädikate und ist danach imstande, wenn er jetzt seine ärztlichen Daten über die Beschaffenheit des Körperbaues, Entwicklung der Knochen, Muskulatur, Güte, der inneren Organe usw., *mit dem wirklichen Leistungsbefunde vergleicht,* die

Ungenauigkeit der indirekten ärztlichen Diagnostik auszugleichen. Er wird also etwa die ja so wichtige Erfahrung machen, daß einige nach ärztlichen Untersuchungsmaßstäben körperlich sehr gute Individuen nur von mittlerer Leistungsfähigkeit waren, und umgekehrt, Schwächliche von guter Leistungsfähigkeit.

Das gilt für im allgemeinen gesunde Fälle. Bei Kranken gewinnen die Prüfungen dazu noch einen diagnostischen Charakter; dies nicht so sehr in bezug auf die Ermittlung der Krankheitsursache usw., als zur genaueren Feststellung des vorhandenen Schadens oder der erworbenen Minderwertigkeit. Z. B. ist man oft überrascht von der ausgezeichneten körperlichen Leistungsfähigkeit von Vierzehnjährigen, die nach allen äußeren Zeichen Kombinationen überstandener Rachitis und Tuberkulose (Skrofulose) haben. Es ist hier eben mit Ausheilungen zu rechnen, die so weitgehend sind, daß die Leistungsfähigkeit sich im oberen Gütedrittel bewegt. Umgekehrt kann man auch feststellen, daß vielleicht verhältnismäßig geringe medizinische Schäden von schwerster Erheblichkeit für die praktische körperliche Arbeit sind. Ein Beispiel ist das Wirksamwerden schmerzender Verwachsungen, seien dies etwa Lungenquetschungen, Bein-, Arm- oder Rumpfschäden usw.

Auch in bezug auf die Deutung, die man bezüglich der praktischen Erheblichkeit den Fehlern des Kreislaufs zuschreibt, wird das Urteil durch den Vergleich der ärztlichen Herzuntersuchung mit der wirklichen Leistung, ganz besonders mit der Bückarbeit, im Sinne größerer individueller Richtigkeit sehr erleichtert.

Aber auch ganz spezielle Bedeutungen kommen vor. Ich weise nur darauf hin, daß für einen operierten Bruch die Bückprobe, und fernerhin für eine Mittelohroperation (Vestibularis) das Balancieren die direkten Hinweise gibt.

Das sind nur wenige Beispiele für zahlreiche Fälle.

Die Gruppe der *Geschicklichkeit* hat Bedeutung für den Arzt nach zwei Richtungen. Zunächst die einer diagnostischen Leistungsprobe von ärztlichen Schäden, welche die Geschicklichkeitsleistungen herabsetzen, also Verstümmelungen, Lähmungen peripheler oder cerebraler Art. Auch hier kann zunächst die Diagnose durch Heranziehung des Befundes gebessert werden. In zweiter Linie hat sie Bedeutung betreffend der Einschätzung des Leistungsniveaus, da in überwiegenden Fällen der Schwachsinn bzw. allgemeine physiologische Unterwertigkeit sich nicht nur in Minderleistungen der Intelligenz, sondern auch der Geschicklichkeit zeigen. Eine dritte Bedeutung hat sie in bezug auf Schädigungen zentralnervöser Art. Es sind da zu nennen Ataxien, Koordinationsstörungen und zuletzt auch die verschiedenen Apraxien. Ein Einzelbeispiel: man kann z. B. Choreatiker differenzieren, die trotz häufiger choreatischer Zuckungen sonderbar gute Geschicklichkeitsleistungen aufweisen, weil sie eben gelernt haben, ihre Innervation danach einzurichten.

Besonders die Prüfung *beidhändiger Genauigkeit* ist eine Funktionsprüfung auch in bezug auf augenärztliche Schäden (Doppelbilder, Tränen der Augen usw.) wie dies aus der ganzen Sachlage zur Genüge hervorgeht.

Die Prüfung der *Intelligenz* ist das Gebiet, welches nur bezüglich der nervenärztlichen Fälle in den Bereich der ärztlichen Diagnose kommt. Hier gilt zunächst die Abgrenzung des Schwachsinns, die viel genauer als nach der Binet-Simon-Methode, die doch nun einmal historisch sein könnte, die Abgrenzung dadurch vollzieht, daß sich die Leistung des Betreffenden außerhalb des normalen Zusammenhangs stellt. Es ist diese geschilderte Prüfserie allerdings nur brauchbar für die leichteren Formen des Schwachsinns, nicht für die schwereren, für welche die übliche psychiatrische Methodik vollauf zur Diagnose als solche genügt. Allerdings kann die Diagnose bezüglich der genaueren Festlegung des Leistungs-

profils von Schwachsinnigen, wie dies der Psychiater Rossolimo in vorbildlicher Weise getan hat, eine für die spezielle Berufsberatung des Schwachsinnigen ausschlaggebende Bedeutung bekommen. Ich weise z. B. hin auf die Regel, daß gerade mongoloide Schwachsinnige in bezug auf Seh- und Geschicklichkeitsleistungen weit in den normalen Leistungsbereich hineinkommen können, also für handwerkliche Ausbildung immerhin in Betracht zu ziehen wären.

Fernerhin dient die Gruppe der Intelligenz zu der genaueren Differenzierung der so ungemein häufigen Fälle von frühzeitig erworbenen bzw. angeborenen *Hirndefekten*, welche, wenngleich sie bezüglich der allgemeinen Leistungshöhe sich bedeutend schlechter verhalten als Fälle mit in späteren Lebensjahren erworbenen Defekten, also dem Schwachsinn nahe kommen, doch als Fälle von *isolierten* Ausfallserscheinungen zu betrachten und zu behandeln sind. Fälle dieser Art sind in einer Gruppe besonders die Aphatiker verschiedenster Formen, die allerdings praktisch bezüglich schulischer und beruflicher Maßnahmen in die Schwachsinnigenkategorie eingereiht werden dürfen. Man muß dann ermitteln, inwieweit isolierte Minderleistungen einzelner sprachlicher Tests *nicht* als sicheres Zeichen für intellektuelle Minderbegabung zu werten sind.

Alles das jetzt Gesagte gilt bei derjenigen Auswertung der psychologischen Prüfverfahren, die sich dem Leistungsprinzip unterstellen. Ziehen wir aber die symptomatische arbeitstypologische Begutachtung, wie vorstehend geschildert, hinzu, so erweitert sich der Diagnosenbereich auch auf die Fälle der *Psychopathen*. Was die Psychopathen so grundlegend von der Schwachsinnigengruppe unterscheidet, ist eben das völlige Normalbleiben der seelischen *Leistungsfähigkeiten* als solche (diese abgegrenzt nach den psychologischen Tests).

Es zeigen sich dann Anomalien der Affektivität, Ungleichmäßigkeiten der Antriebe, Pseudologismus usw.

Ich habe mich im vorstehenden beschränkt auf eine bevorzugte Berücksichtigung der psychologischen Methodik im Sinne des Titels „Berufsberatung". Ich weise noch einmal ausdrücklich darauf hin, daß das eine starke Einengung darstellt gegenüber der eigentlichen Abgrenzung „psychologischer Arbeits- und Berufsbegutachtung". Es wäre dann ganz besonders einzugehen gewesen auf die Verhältnisse der *großindustriellen Arbeits- und Berufsbegutachtung*, denn es ist eine natürliche Entwicklung, daß in Zukunft auch die Gewerbehygiene sich dadurch, daß sie die ärztliche und psychologische Begutachtung der Arbeits- und Berufsfähigkeit einbezieht, eine sehr wünschenswerte Vervollständigung und sinngemäße Abrundung eines Arbeitsgebietes gibt: *Der Arzt im Betriebe!*

Leider stehen dieser Entwicklung einer ärztlichen Psychologie noch viel Hemmnisse entgegen; sie befindet sich noch so keimhaft in der Entwicklung, daß das Fehlen der näheren Darstellung leider noch keinen Mangel eines Handbuches der sozialen Hygiene bildet.

Methodische Gesichtspunkte zu den Beziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit.

Von

Karl Freudenberg

Berlin.

I. Die Problemstellung.

Daß zwischen Wirtschaft und Gesundheit innige Wechselbeziehungen bestehen, ist eine sicher sehr alte Erkenntnis; es läßt sich aber kaum sagen, wann an Stelle eines instinktmäßigen Handelns nach dieser Tatsache ein bewußtes gedankliches Erfassen derselben trat.

Zunächst mußte die Tatsache, daß die wirtschaftliche Lage von Einfluß auf die Gesundheitsverhältnisse ist, namentlich in Zeiten einer primitiveren, territorial stark begrenzten Wirtschaftsführung mit oftmaliger Hungersnot unmittelbar in die Augen springen. Daher ist diese Tatsache wohl kaum je verkannt, um so mehr aber bis zur Gegenwart immer wieder übertrieben worden, indem das komplizierte Wechselverhältnis von Ursache und Folge von oberflächlichen Beobachtern einseitig als ursächlicher Einfluß der Wirtschaftslage auf die Gesundheit gedeutet wurde.

Andererseits muß auch der Umstand, daß der Gesundheitszustand die Wirtschaftslage beeinflußt, wohl gleichfalls schon vor vielen Jahrhunderten bemerkt worden sein. Wenn die Fürsorge für die Kranken auch zunächst dem gleichen reinen Mitleidsgefühl entsprang, wie die für die Alten und sonst unheilbar Invaliden, so mischte sich doch auch die Erwägung hinein, daß eine Wiederherstellung der Gesundheit unnötige Fürsorgekosten erspare und außerdem die wiederhergestellte Arbeitskraft dem Gemeinwohle Förderliches leisten könne. In diesem Sinne ist wohl schon die Auffassung von Veit Ludwig v. Seckendorf zu verstehen, daß es für den Staat nicht nur auf eine große Zahl von Menschen, sondern mehr noch auf eine große „Menge wohlgenährter Leute“ ankomme; vgl. die Darstellung bei v. Bortkiewicz (1).

Eine Wechselseitigkeit der Beziehungen findet sich wohl zuerst bei Thomas Robert Malthus (2), zwar nicht ausgesprochen, aber doch klargelegt. Es ist freilich immer eine besondere Erscheinungsform menschlicher Gesundheit, die für ihn im Vordergrunde der Betrachtung steht, nämlich die Zeugungskraft (im weitesten Sinne aufzufassen). Seine Darstellung zeigt, wie immer durch das Walten dieser Kraft, die Bevölkerung in ihrer Größe die Grenzen der Unterhaltsmittel erreicht, worauf die „positiven Hemmnisse“ einsetzen, die u. a. als Krankheiten aller Art die Bevölkerungszahl wieder auf einen Stand zurückwerfen, bei dem die Menschen ihre Gesundheit wieder gewinnen und die Fortpflanzung ungehemmt wieder aufnehmen, worauf der ewige Kreislauf von neuem einsetzt.

Diese bei Malthus deutliche Befürchtung der unaufhörlichen Dauer des Wechsels zwischen Übervölkerung und entvölkerndem Elend, wegen der ihn die Historiker der Volkswirtschaft Gide und Rist (3) als den Begründer einer Schule der „Pessimisten" bezeichnen, ist allerdings in der neuesten Zeit dadurch gegenstandslos geworden, daß sich — wie Grotjahn (4) es ausdrückt — „bei den Kulturvölkern Befriedigung des Geschlechtsbetriebes und Fortpflanzung von einander geschieden haben". Wenn jetzt also eine Besserung der wirtschaftlichen Lage breiter Bevölkerungsschichten eintritt, so wirkt sie nicht mehr im Sinne einer vermehrten Geburtenhäufigkeit — eher im gegenteiligen! —; in der großen Literatur, die sich über diese Frage seit Tallquist angesammelt hat, und die z. B. bei v. Bortkiewicz (1) zusammengestellt ist, zeigt sich trotz aller Meinungsverschiedenheiten über die letzten Ursachen doch einmütig die Erkenntnis, daß ein wirtschaftlicher Aufschwung des einzelnen oder einer ganzen Volksschicht in der Gegenwart immer mit einem Rückgange der Natalität bis zu einem noch kaum bestimmbaren Punkte verbunden ist. Daher gestattet jetzt eine wirtschaftliche Besserung auch eine verbesserte, erfolgreichere Gesundheitspflege. Ebenso wirkt auch z. B. eine erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten, besonders der zeugungsgefährdenden Geschlechtskrankheiten, nicht mehr bevölkerungsvermehrend, sondern die dadurch gewonnene Arbeitskraft kann *unmittelbar* produktiver wirtschaftlicher Tätigkeit zugeführt werden.

Wie weit diese Wirkungen, die a priori ganz einfach aussehen und gegeben erscheinen, in der Wirklichkeit eintreten, das zu untersuchen, muß der Zweck dieser Ausführungen sein. Vorausgeschickt werden soll die ohne weiteres einleuchtende Bemerkung, daß die Ergebnisse keine allgemeine, von Raum und Zeit unabhängige Gültigkeit haben; sie beziehen sich vielmehr nur auf das Material, aus dem sie gewonnen sind, nämlich größtenteils nur auf die Verhältnisse im Deutschen Reiche im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts.

II. Die Wirkung der Wirtschaft auf die Gesundheit.

1. Methodologische Vorbemerkungen.

Jede menschliche Tätigkeit, die auf die Hervorbringung von „Gütern" gerichtet ist, wird „Wirtschaft" genannt. Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß bei der heute erreichten Bevölkerungszahl der Erde die Wirtschaft unentbehrlich ist, um überhaupt das Leben und damit auch die Gesundheit der Menschen zu erhalten. Natürlich dient nicht alle Wirtschaft diesen elementaren Naturnotwendigkeiten, sondern teilweise kulturrellen Notwendigkeiten, teilweise auch reinen Luxusbedürfnissen, die in der Regel gesundheitlich indifferent oder sogar schädlich sind. Immerhin sind diese Auswüchse der Wirtschaft innerhalb ihres Gesamtrahmens quantitativ nicht bedeutend; sie sind außerdem mit jeder bisher bestandenen Wirtschaftsform verknüpft gewesen und werden es aus psychologischen Gründen wohl auch mit jeder etwa künftig zu konstruierenden sein. Es wird also dadurch nur wenig daran geändert, daß die Wirtschaft die notwendige Vorbedingung menschlicher Gesundheit ist.

Indessen ist dieser Umstand so selbstverständlich, daß man ihm weiter keine Beachtung schenkt, vielmehr alles Interesse nicht der Regel, sondern den Ausnahmen zuwendet, d. h. nur die *ungünstigen* Einflüsse wirtschaftlicher Vorgänge auf die Gesundheit betrachtet.

Diese ungünstigen Einflüsse können auf zwei Umständen beruhen: Entweder nämlich auf einem teilweisen Versagen der Wirtschaft — im ganzen oder in ihrer Beziehung auf einzelne Personen — oder andererseits auf ungünstigen Begleit-

tatsachen der Wirtschaft; jenes bedeutet ein unzulängliches Einkommen des einzelnen, diese drücken sich in Gefahren der Berufsausübung aus.

Diese Wirkungen der Wirtschaft auf die Gesundheit sind — wie bereits erwähnt — seit langem bekannt und nach den verschiedensten Richtungen hin beschrieben. Die Wirtschaft kann sich hierbei in den verschiedensten Formen ausdrücken, es können die Einflüsse der Ernährung, der Wohnung, der Bildung, der Kleidung, der Berufsausübung betrachtet werden, denn alle diese sind in der Regel mehr oder minder von der wirtschaftlichen Lage abhängig. Aber es ist beim gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse ganz unvermeidlich, daß es nur in den seltensten Fällen gelingen kann, den einen oder anderen dieser Faktoren zu isolieren; denn in den Schichten, in denen die Ernährung dürftig ist, sind auch die Wohnungen unzulänglich, das hygienische Verständnis gering und die Kleidung mangelhaft; wollte man also irgendwelche Erscheinungen auf eine der genannten „Ursachen" beziehen, so wäre es reine Willkür, jede andere der „Ursachen" könnte genau so gut herangezogen werden. Ausgenommen hiervon ist allein die Wirkung der Berufstätigkeit, die vielfach — bei gleichen Einkommensverhältnissen verschiedener Berufe — für sich betrachtet werden kann, allerdings auch immer nur mit äußerster Vorsicht hinsichtlich etlicher methodologischer Fehlerquellen.

Die Inflationszeit hat in Deutschland vielfach eine groteske Verschiebung der Einkommensverhältnisse der verschiedenen Bevölkerungsschichten zur Folge gehabt. Abgesehen davon, daß sich gleichzeitig die unmittelbare Einwirkung der Berufstätigkeit wegen verringerter Extensität und Intensität der Arbeit eines großen Teiles der Bevölkerung veränderte, hat sich, um nur ein Beispiel zu nennen, etwa das Einkommen der Ärzte dem der Maurer damals sehr angenähert. Es wäre nun interessant, zu wissen, ob diese Verschiebung der Einkommen auch von einer Verschiebung der Gesundheitsverhältnisse begleitet war, wobei es nicht darauf ankäme, wie sich die gesundheitliche Lage eines bestimmten Standes entwickelt hat, sondern nur darauf, wie diese Entwicklung im Vergleiche zu der bei den anderen Ständen war. Aber da gerade damals für kulturelle Aufgaben — und wenn sie noch so dringend waren — keine Mittel zur Verfügung gestellt wurden, konnte die statistische Durchforschung dieses Problems nicht erfolgen, und es besteht wohl kaum eine Hoffnung, daß noch nachträglich Wesentliches hierüber gefunden werden wird.

Die Feststellung der Wirkungen irgendeiner Ursache auf die Gesundheit ist auch deshalb äußerst schwierig, weil jede „Gesundheitsstatistik" an schwerwiegenden Fehlerquellen leidet. Besonders unbrauchbar ist in dieser Hinsicht die Statistik der Morbidität, die — rein gedanklich betrachtet — in erster Linie zur Gewinnung von Aufschlüssen über den Gesundheitszustand in Betracht käme. Es spielen hierbei einerseits formelle Gründe eine Rolle, andererseits auch solche schwerwiegender Art, die in der Struktur der Sozialversicherung begründet sind, die als Träger der Statistik dienen könnte.

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung müßte eigentlich so erfaßt werden, daß ermittelt würde, wie viele Krankheitsfälle oder besser noch Krankheitstage jährlich auf den Kopf — unter Berücksichtigung des Geschlechts und Alters — entfallen. Eine solche Morbiditätsstatistik der Gesamtbevölkerung ist im Auslande gelegentlich versucht worden, und zwar — merkwürdigerweise, aber begreiflicherweise — nur in Ländern mit sehr schlechter Statistik, so daß die Ergebnisse schon deshalb keine Beachtung beanspruchen können. Für Deutschland hat in der Vorkriegszeit Mayet solche Ziffern zu berechnen versucht, und zwar durch Rückschlüsse aus der Morbidität bei Krankenkassen in Verbindung mit der Mortalität bei diesen und bei der Gesamtbevölkerung (5). Eine solche

Tabelle ist aber, abgesehen von der Unsicherheit ihrer Grundlagen, nicht imstande, Aufschluß über diejenigen Einzelheiten zu geben, aus denen der Einfluß wirtschaftlicher Momente zu ersehen wäre.

Soweit also in dem hier gegebenen Zusammenhange die Morbidität als Maßstab des Gesundheitszustandes dienen soll, ist es nötig, sich auf die Morbidität desjenigen Teiles der Bevölkerung zu beschränken, der der zwangsweisen Krankenversicherung unterliegt, und der übrigens im Deutschen Reiche gegenwärtig etwa 60% der gesamten erwachsenen Bevölkerung ausmacht. Auch diese Statistik leidet unter großen Mängeln, wobei zunächst in Betracht kommt, daß nicht die als erwerbsunfähig gemeldeten Tage überhaupt, sondern nur die Tage mit Krankengeldbezug in die Statistik aufgenommen werden.

Weit wichtiger ist aber, daß der Begriff der „Krankheit" meistens nicht zweifelsfrei feststeht, sondern davon abhängt, ob bei dem Versicherten Wunschvorstellungen, für arbeitsunfähig erklärt zu werden, oder auch Wunschvorstellungen, weiter arbeiten zu können, mitspielen, ob sie geäußert werden und ob vom Arzte denselben entsprochen wird, wobei natürlich für beide Teile sehr komplexe Gedanken maßgebend sind. Die Abhängigkeit von subjektiven Einflüssen bezieht sich nicht nur auf die Frage, ob überhaupt eine mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Erkrankung vorliegt, sondern mindestens ebenso bedeutsam ist die bei chronischen Erkrankungen niemals eindeutig entscheidbare Frage, *wann* der Kranke nicht mehr arbeitsfähig ist, bzw. von wann ab er im Interesse der Heilung weitere Arbeit unterlassen soll.

Einen Beweis für die große Bedeutung solcher nicht allein durch den Gesundheitszustand begründeter Einflüsse auf die Morbiditätsziffern der Krankenkassen liefert die historische Vergleichung derselben. Bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen betrug nämlich (6) die jährliche Zahl der Krankheitstage auf ein Mitglied

im Durchschnitt der Jahre 1891—1895	6,2	im Jahre 1922	9,7
„ „ „ „ 1896—1900	6,3	„ „ 1923	7,0
„ „ „ „ 1901—1905	7,3	„ „ 1924	10,8
„ „ „ „ 1906—1910	8,0	„ „ 1925	12,5
„ „ „ „ 1911—1913	8,5		

Bedenkt man nun, wie gleichzeitig die Mortalität der Gesamtbevölkerung von 24,5‰ in den Jahren 1891—1895 auf 12,6 im Jahre 1925 abgesunken ist, so sieht man, daß — trotz verändertem Altersaufbau der Gesamtbevölkerung und der Kassenmitglieder — nicht gesundheitliche Gründe diese Steigerung veranlaßt haben können.

Man sieht dies noch deutlicher aus einem Vergleiche der Krankheitstage und Sterbefälle in vier aufeinanderfolgenden, wirtschaftlich sehr verschiedenen Jahren (s. folgende Tabelle).

Jahr	Es kamen auf ein Mitglied der reichsgesetzlichen Krankenkassen		Krankheitstage auf einen Sterbefall
	Krankheitstage	Sterbefälle	
1922	9,7	0,0069	1390
1923	7,0	0,0064	1090
1924	10,8	0,0065	1669
1925	12,5	0,0062	2020

In dasselbe Kapitel gehört auch das auffällige Mißverhältnis zwischen Morbidität und Mortalität weiblicher Versicherter, auf das z. B. Teleky (7) hingewiesen hat.

Es ist notwendig, all dies besonders hervorzuheben, weil von Unkundigen immer wieder Morbiditäts- oder Invaliditätszahlen der Sozialversicherung ohne Kritik als Maß des Gesundheitszustandes verwendet werden.

Man wird daher die Morbiditätsziffern immer nur ausnahmsweise mit der nötigen Vorsicht heranziehen können und sich im übrigen auf die Anwendung von Mortalitätsziffern beschränken müssen. Selbstverständlich müssen auch bei

deren Anwendung die üblichen statistischen Kautelen, wie z. B. vor allem die Berücksichtigung des Altersaufbaues, beachtet werden.

2. Die Wirkung isolierter Ursachen.

a) *Ernährung.* Die Wirkung der Ernährung auf die Gesundheit ist bei gelegentlichen Massenexperimenten der Natur oder der Geschichte isoliert wahrnehmbar. Nicht zum Ausdruck kommt sie dagegen in den zahlreichen Fällen, wo z. B. mit geringerer Ernährung eine erhöhte Tuberkulosesterblichkeit einhergeht, wo aber gleichzeitig auch andere Ursachen vorliegen, deren Abgrenzung nicht möglich ist. Wenn z. B. ein Autor beweisen will, in England sei die Tuberkulosesterblichkeit kleiner als in Deutschland, weil England keine Lebensmittelzölle erhebe und daher dort mehr gegessen werde, wobei er aber die andersartige Wirtschaftslage Englands überhaupt, die andersartige Durchführung der Statistik, das andersartige Klima u. dgl. übersieht, auch keinen Versuch macht, auch andere Länder zum Vergleich heranzuziehen, so kann ein solches Vorgehen natürlich nicht als beweiskräftig anerkannt werden.

Isolierte Wirkungen der Ernährung finden wir zunächst hinsichtlich zu reichlicher Ernährung; diese beruht zwar nicht auf wirtschaftlichem Zwange, aber immerhin wirtschaftlichen Ursachen. So ergeben die Erfahrungen der Gothaer Lebensversicherungsbank, die Florschütz (8) mitteilt, daß bei Versicherungssummen von mehr als 6000 Mark die Sterblichkeit an Diabetes in den Altern von 15—50 Jahren 2,80mal und in den Altern von 51—90 Jahren sogar 3,74 mal so groß war wie bei Versicherungssummen bis zu 3000 Mark. Desgleichen ergab sich bei hohen Versicherungssummen auch eine Übersterblichkeit an zahlreichen anderen Krankheiten, wie vor allem akuten Gelenkrheumatismus, Krankheiten der Zirkulationsorgane und der Nieren, bei denen die Ursachen aber nicht so eindeutiger Natur sind. Isolierte Wirkungen zu knapper Ernährung dagegen sehen wir dort, wo so akut, daß sich die übrige Lebenshaltung kaum so schnell ändern kann, ein Mangel an Nahrungsmitteln auftritt.

Jahr	Todesfälle auf 1000 der mittleren Bevölkerung (ohne gewaltsame Einwirkung)		
	männlich	weiblich	zusammen
1913	14,69	14,02	14,36
1914	15,66	14,51	15,08
1915	15,81	14,21	14,99
1916	14,44	13,71	14,07
1917	16,70	15,35	16,01
1918	19,49	19,07	19,26
1919	14,73	14,83	14,78

Das nächstliegende Beispiel dafür ist die Wirkung der knappen Ernährung in Deutschland infolge der feindlichen Blockade im letzten Kriege. Es entwickelte sich die Mortalität der Gesamtbevölkerung — bei Ausschaltung der Todesfälle durch gewaltsame Einwirkung — folgendermaßen (9) (s. nebenstehende Tabelle).

Die große Steigerung von 1917 auf 1918 fällt vollständig der Grippe zur Last; rechnet man nämlich auch ohne Todesfälle an Lungenentzündung und an Influenza so erhält man (für beide Geschlechter):

1916	12,68
1917	14,52
1918	13,87

Jahr	Männlich	Weiblich	Zusammen
1916	16,5	15,9	16,2
1917	21,0	20,2	20,6
1918	23,2	22,8	23,0
1919	21,1	21,2	21,1

Der entscheidende Faktor der Sterblichkeitssteigerung von 1916 auf die folgenden Jahre war bekanntlich die Entwicklung der Tuberkulosemortalität; es kamen nämlich auf je 10000 Lebende Todesfälle an Tuberkulose (s. nebenstehende Tabelle).

Von Einzelheiten, wie der Frage, warum die weibliche Mortalität schneller als die männliche anstieg, abgesehen, zeigt sich hier eine Veränderung, die gewiß ganz überwiegend eine Folge der Unterernährung war.

Besonders deutlich wird dieser Einfluß, wenn man bedenkt, daß die Ernährungsschwierigkeit in den Städten weit größer als bei der landwirtschaftlichen Bevölkerung waren und daraufhin die Entwicklung der Tuberkulosemortalität in Bayern, wo 1907 noch 45,5% aller Erwerbstätigen auf Land- und Forstwirtschaft entfielen, mit der in Sachsen vergleicht, wo dies nur 11,9% waren; es starben nämlich auf je 10000 Lebende an Tuberkulose (s. folgende Tabelle).

Außerdem hat auch R. v. Wassermann gezeigt (10), daß die Steigerung der Tuberkulosemortalität während des Krieges fast genau proportional dem Rückgang des Kaloriengehaltes der rationierten Nahrungsmittel anstieg, d. h. also in der Sprache der wissenschaftlichen Statistik, daß sich zwischen Kaloriengehalt der rationierten Nahrungsmittel und Tuberkulosemortalität ein negativer Korrelationskoeffizient ergab, der fast —1 erreichte. Allerdings ist, wie A. Gottstein (11) nachgewiesen hat, bei einer so chronisch verlaufenden Krankheit der unmittelbare Zusammenhang zwischen Ernährung und Sterbeziffer nicht beweiskräftig, da es sich einerseits nur um ein schnelleres Absterben der vorhandenen Kranken zu handeln braucht — das vom Standpunkte der Eugenik nicht durchaus unerwünscht zu sein brauchte — und andererseits wirkliche Schäden hinsichtlich erhöhter Disposition sich erst im Laufe von Jahrzehnten zu zeigen brauchen.

Jahr	Bayern	Sachsen
1913	17,7	12,9
1914	17,4	12,9
1915	18,0	12,6
1916	19,4	14,1
1917	20,1	20,8
1918	20,7	25,0
1919	18,6	22,0

Viel stärker sind die Wirkungen, wenn es sich nicht um eine zwar vorhandene — aber sorgfältig organisierte und graduell recht beschränkte — Unterernährung wie im Deutschen Reiche während des Krieges handelt, sondern um eine ausgesprochene Hungernot. So erreichte die Mortalitätsziffer 1922 im Registrationsgebiete der russischen Sowjetrepublik 34,0‰ (1912 bei weit höherer Natalität 25,2‰) und in den fünf größten Städten der Ukraine (ohne Ortsfremde) sogar 56,9‰ (12). Allerdings ist hier schon die reine Wirkung des Hungers verwischt durch die Mitbeteiligung anderer Faktoren, die nur einen mittelbaren Zusammenhang mit der Hungersnot herzustellen gestatten, z. B. der klimatischen Einwirkungen durch unzulängliche Unterbringung der aus den Hungergebieten wandernden Bevölkerungsmassen und der dadurch erleichterten Seuchenverschleppung.

Solche mittelbare Wirkungen der Hungersnot sind vielleicht auch in dem Falle beteiligt gewesen, den A. Gottstein wegen seiner besonders katastrophalen Ausmaße als Musterbeispiel für die mögliche Mortalität bei solchem Anlaß heranzieht (11), nämlich der finnischen Hungersnot von 1866—1867, die von folgender Entwicklung der Gesamtmortalität begleitet war:

1865	26,6
1866	33,6
1867	38,1
1868	77,6
1869	25,2

Dabei sollen in dem Jahre der höchsten Exazerbation, 1868, mit einer Mortalität von 77,6‰ nicht weniger als 33,6‰ der Bevölkerung an „Wechselfieber" gestorben sein. Wenn diese Zahl auch nicht als zuverlässig gelten kann, so zeigt sie doch — im Verein mit anderen Zahlen aus diesem Jahre —, wie groß der Einfluß

akuter Seuchen früher bei Hungersnöten war, von dem nicht auseinandergehalten werden kann, wie weit die Mortalitätserhöhung durch den schwächenden Einfluß der Unterernährung und wie weit durch indirekte Einflüsse verursacht war. Die Erhöhung der finnischen Tuberkulosesterblichkeit im Jahre 1868 auf 45,3‰ erscheint gegenüber dem katastrophalen Auftreten der akuten Infektionskrankheiten geradezu bedeutungslos, also ebenso wie in Rußland 1922.

b) *Wohnung.* Der Einfluß der Wohnung als solcher ist noch schwerer zu isolieren als der der Ernährung. Beinahe scheint es, daß der Einfluß auf den Organismus des Säuglings und Kleinkindes allein mit einiger Sicherheit festgestellt werden kann. In diesem Sinne ist etwa die Feststellung von Kisskalt (13) heranzuziehen, daß im 18. Jahrhundert in den engen heißen Stadtwohnungen von Königsberg Jahre mit heißen Sommern zwar wegen der damals allgemeinen Brusternährung die Mortalität der Säuglinge nicht erhöhten, wohl aber sehr fühlbar die des zweiten Lebensjahres.

Bezüglich der Tuberkulose hat man vielfach versucht, statistisch nachzuweisen, daß in schlechten Wohnungen viel mehr Menschen als in guten an Tuberkulose sterben. Diese „Nachweise" sind in doppelter Hinsicht unverwertbar. Erstens fehlt nämlich der Versuch, den Einfluß der Wohnung von dem anderer wirtschaftlicher und sozialer Momente zu trennen, und zweitens wird die Frage nach dem Verhältnis von Ursache und Folge völlig präjudiziert; in Wirklichkeit läßt sich aus diesen Zahlen doch nicht im mindesten erkennen, ob die Menschen tuberkulös wurden, weil sie in schlechten Wohnungen lebten, oder ob sie wegen ihrer durch die Tuberkulose verminderten Erwerbsfähigkeit in schlechte Wohnungen ziehen mußten und dort starben!

Einen Versuch, diese Frage zu lösen, hat nur auf Veranlassung von Gottstein Fr. Winkler gemacht, indem er (14) die Wohnungsverhältnisse der Tuberkulösen nicht zur Zeit des Todes, sondern der beginnenden Fürsorge erhob. Dabei ergab sich für die Zeit von 1908—1912 in Charlottenburg nebenstehendes.

Zahl der Wohnräume in der Wohnung	Es kamen Personen auf eine Wohnung	
	in der Gesamtbevölkerung	bei den Tuberkulösen (Einzelfälle)
1	1,50	1,82
2	3,26	3,89
3	3,92	4,99
4	3,86	5,21

Aus diesen Ziffern geht mit völliger Deutlichkeit hervor, daß die Wohnungen in denen Personen an Tuberkulose erkranken, weit stärker belegt sind als gleich große Wohnungen, die also auf gleiche Einkommensverhältnisse hindeuten, in der Gesamtbevölkerung. Man kann gegen die Gültigkeit von hieraus gezogenen Schlüssen allerdings allerhand einwenden, so besonders, daß die Aufnahme in die Tuberkulosefürsorge auch nicht den Beginn der Erkrankung bezeichnet, sondern in der Zwischenzeit schon die Wohnung dichter belegt worden sein kann, weil die Erwerbsminderung eben dazu zwang, und nicht die primär überfüllte Wohnung die Erkrankung begünstigte. Das ist möglich, ob es aber zutrifft, läßt sich nach dem gegenwärtig vorhandenen Material nicht entscheiden; zum mindesten macht diese Statistik einen unmittelbaren Einfluß der Wohndichte auf die Häufigkeit der Tuberkuloseerkrankung sehr wahrscheinlich.

Über sonstige Wirkungen unzulänglicher Wohnungen auf die Gesundheit, an deren Vorhandensein kaum zu zweifeln sein dürfte, liegen keine irgendwie beweiskräftigen Statistiken vor.

c) *Beruf.* Daß die Berufsausübung, so unentbehrlich sie ist, vielfach gewisse Gefahren für die Gesundheit der Berufstätigen mit sich bringt, bedarf an sich keiner Erwähnung. Weit schwerer zu beurteilen ist hingegen das *Maß* der Be-

rufsgefährdung. Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß es schon insofern keinen Vergleichsmaßstab gibt, als es fast keine Männer im mittleren Lebensalter ohne Berufstätigkeit gibt; diejenigen, die keine haben, sind — von seltenen Ausnahmen abgesehen — entweder krankheitshalber dazu unfähig und können deshalb nicht zum Vergleiche herangezogen werden, oder sie sind durch Arbeitslosigkeit an der Tätigkeit verhindert, und dieser Zustand ist meistens nur vorübergehend und außerdem von einschneidenden wirtschaftlichen Folgen begleitet, so daß ein Vergleich ebenfalls nicht in Frage kommt; das letztgenannte gilt auch von den verschiedenen Formen des Landstreichertums und ähnlicher Erscheinungen, bei denen zudem eine statistische Erfassung kaum möglich ist.

Die Vergleiche können also nicht zwischen Berufstätigen und Berufslosen vorgenommen werden, sondern nur zwischen den verschiedenen Berufen untereinander. Hierbei ergibt sich aber als Hauptschwierigkeit, daß die Mortalität in den verschiedenen Berufen — die Morbidität ist ja kaum verwendbar — nicht nur eine Folge der *Berufswirkung*, sondern auch der *Berufsauslese* ist. Sehr groß ist die scheinbare Untersterblichkeit in Berufen, die hohe körperliche Anforderungen stellen und von denen deshalb schwächliche Personen entweder überhaupt ausgeschlossen werden (Wehrmacht, Eisenbahn, Bergbau) oder doch freiwillig fernbleiben (Schmiedegewerbe, Spedition u. dgl.); das entgegengesetzte gilt selbstverständlich von Berufen, die gern als letzte Zuflucht von Schwächlichen gewählt werden, wofür das Schneiderhandwerk als klassisches Beispiel gilt. Dies gilt nicht nur von der ersten Berufsergreifung, sondern auch von einem späteren, vielfach durch eine Änderung des Gesundheitszustandes veranlaßten Berufswechsel.

Bis zu einem gewissen Grade kann man diese Umstände statistisch erfassen, indem man den Verlauf der Mortalität durch die einzelnen Altersklassen verfolgt, wobei die Sterblichkeit in jungen Jahren, deren Höhe in den einzelnen Berufen hauptsächlich durch die Berufsauslese bestimmt wird, und die in den mittleren Altern, die hauptsächlich von der Berufswirkung beeinflußt ist, sich mehr oder weniger scharf voneinander abheben. Ein Beispiel dafür bilden folgende Ziffern aus der preußischen Statistik (15):

Berufsgruppe	Mortalität 1906—1908 (in ‰) im Alter							
	15—20	20—25	25—30	30—40	40—50	50—60	60—70	über 70
Landwirtschaft, Gärtnerei u. Tierzucht, Forstwirtschaft und Fischerei	3,18	4,75	4,21	5,14	8,60	16,30	38,20	147,53
Bergbau, Hütten- und Salinenwesen, Torfgräberei	5,68	6,54	6,06	6,74	10,20	20,54	40,68	83,55
Bekleidung und Reinigung . . .	5,09	8,11	6,42	7,72	13,64	28,30	62,66	230,82
Beherbergung und Erquickung .	2,80	4,67	5,80	10,17	19,86	35,70	62,42	150,46

Von der verhältnismäßig hohen Mortalität im Alter von 20—25 Jahren muß man bei allen Berufen absehen, da sie darauf beruht, daß die Gesündesten beim Militär waren und während dieser Zeit ihrem gewöhnlichen Berufe nicht zugerechnet wurden.

Im übrigen kann man die Ziffern für die landwirtschaftliche Berufsgruppe als eine Art von Normalziffern betrachten, von denen man bei der Vergleichung der anderen ausgehen kann. Sehr deutlich ist dann der Unterschied zwischen (kurz ausgedrückt) Schneidern und Kellnern; jene haben in den jüngsten Altern eine besonders hohe Übersterblichkeit, eine Folge der äußerst ungünstigen Berufsauslese, während diese in jüngeren Jahren eine sehr geringe Sterblichkeit haben, in den mittleren Altersklassen dagegen eine enorm hohe, die auf die schädigende

Berufseinwirkung, in erster Linie den starken Alkoholmißbrauch, zurückzuführen ist.

Die Mortalitätsziffern der Bergleute verlaufen im wesentlichen sehr ähnlich denen der Schneider, was zu grotesken Irrtümern verführen kann; so heißt es in der Statistischen Korrespondenz (15): „Der Bergbau erscheint bis zum Alter von 30—40 Jahren gegenüber der Gesamtheit der industriellen Berufe mit ungünstigeren, d. h. niedrigeren" (soll heißen: höheren) „Ziffern, darauf jedoch mit günstigeren. Woran das liegt, ist nicht leicht herauszufinden, möglich, daß allmählich eine Auslese der Passendsten eingetreten ist."

Demgegenüber konnten B. Heymann und K. Freudenberg darauf hinweisen (16), daß diese Auffassung nicht nur a priori kaum richtig sein könne, weil doch beim Eintritt in den Bergmannsberuf eine Auslese stattfinde und diese — analog den Erfahrungen der Lebensversicherung — sich später eher verwischen müsse, sondern daß man auch durch eine genauere statistische Zergliederung das genannte Paradoxon leicht aufklären könne. Es handelt sich einfach darum, daß bei den Bergleuten die Unfallmortalität überaus hoch ist und dies bei der geringen sonstigen Mortalität der jüngeren Altersklassen für diese besonders ins Gewicht fällt. Neben diesem Faktor treten alle anderen an Bedeutung weit zurück.

Schon an diesen Beispielen läßt sich erkennen, daß die Deutung der Erscheinungen auf dem Gebiete der Berufswirkungen gar nicht einfach ist und das Verhältnis von Ursache und Folge durchaus nicht immer aus dem Zahlenmaterial klar ablesbar ist!

Das Ergebnis der Berufswirkungen ist im allgemeinen — soweit überhaupt — nur als Ganzes feststellbar, seine einzelnen Komponenten lassen sich nur in einigen günstigen Fällen aussondern.

Zunächst kommt die Wirkung der umgebenden Atmosphäre überhaupt in Betracht, d. h. also das *Klima* der Arbeitsstätte. Hierher gehört neben quantitativ unwichtigen Arbeitsarten vor allem der Bergbau, der — sofern er in bedeutender Tiefe betrieben wird — ein warmes, manchmal auch feuchtwarmes Klima mit sich bringt. Mit Sicherheit ergab sich z. B. für den Ruhrkohlenbau (16) eine — namentlich in jüngeren Altern — wesentlich höhere Morbidität und eine in allen Altersklassen bedeutend höhere Letalität an Pneumonie als nach den Ergebnissen der Leipziger Ortskrankenkassenstatistik.

Hierher gehören auch die Folgen der Staubeinatmung. Allerdings werden hierüber mit besonderer Vorliebe Statistiken veröffentlicht, die methodologisch besonders mangelhaft sind und trotzdem mit größter Zähigkeit immer wieder abgedruckt werden. So vergehen sie sich vielfach sogar gegen das Gesetz, das beinahe als elementarstes der Medizinalstatistik an deren Spitze gestellt werden muß, wie dies Prinzing tut, indem er sagt (17): „Unstatthaft ist es, Prozentziffern, die nicht unter Beziehung auf die Lebenden berechnet sind, miteinander zu vergleichen." Trotzdem findet man aber hier besonders häufig Statistiken, in denen die Todesfälle an Tuberkulose in Berufen mit Staubentwicklung auf die Gesamtheit aller Todesfälle in diesen Berufen — anstatt auf die Zahlen der Lebenden — berechnet werden, wodurch sich ganz schiefe Bilder ergeben können. Ebenso finden sich in diesem Zusammenhange Statistiken, in denen die Anzahl der Todesfälle an Tuberkulose in einem Orte mit 800 und einem mit 1600 Einwohnern verglichen werden, wodurch Zufallsergebnissen freieste Bahn gelassen wird u. dgl. m. An verwertbaren Ziffern bleibt dann aus deutschem Materiale kaum mehr übrig als eine Berechnung von Koelsch (18), wonach 1908 in Bayern Steinschleifer und -hauer eine Tuberkulosemortalität von 26,85‰ (gegenüber 3,07‰ aller erwachsenen Männer) hatten, Maurer von 10,23, Porzellanarbeiter

eine solche von 4,06. Demgegenüber ergeben die — viel älteren — Untersuchungen von Sommerfeld (19) folgende Ziffern der Tuberkulosesterblichkeit auf 1000 Lebende:

In Berufen mit Kupferstaub	5,31
„ „ „ Eisenstaub	5,55
„ „ „ Bleistaub	7,79
„ „ „ Holz- und Papierstaub	5,96
„ „ „ Tabakstaub	8,47
Maurer	4,3
Porzellanarbeiter	14,0
Steinmetze	34,9

Alle diese Ziffern leiden allerdings an Mängeln der statistischen Erhebungsart, geben aber immerhin einen gewissen Anhaltspunkt. Wesentlich zuverlässiger sind die Ziffern der englischen Statistik (20), welche für 1910—1912 folgendes ergeben:

Beruf	Todesfälle an Tuberkulose der Atmungsorgane in allen Altern auf 1000 Lebende	Todesfälle an Tuberkulose der Atmungsorgane standardisiert von 25—65 Jahren in % der Ziffer für alle Männer
Alle Männer	1,69	100
Steinhauer, Steinmetze, Maurer (überhaupt)	3,04	167
„ „ „ (Granit)	1,70	89
„ „ „ (Kalkstein)	1,61	91
„ „ „ (Sandstein)	5,23	292
Töpfer, Porzellanarbeiter u. dgl.	3,00	199

Man sieht aus diesen Ziffern einerseits die schwerwiegende Bedeutung des Sand- und Tonstaubes, andererseits daß Granit- und Kalkstaub in dieser Hinsicht indifferent zu sein scheinen; das letztgenannte steht auch vom Kohlenstaub aus sehr großem Beobachtungsmaterial fest.

Als mehr oder minder allgemeine Wirkung der Umgebung sind auch die beruflichen *Vergiftungen und Infektionen* zu betrachten. Unter jenen ist namentlich der Bleivergiftung viel Aufmerksamkeit geschenkt worden, heute hat sie aber dank den Fortschritten der Gewerbehygiene keine so große Bedeutung mehr; es starben in England und Wales in den drei Jahren 1910—1912 zusammen noch 192 Männer unter der Diagnose „gewerbliche Bleivergiftung", darunter 32 Bleiarbeiter und Angehörige verwandter Berufe. Die Alkoholvergiftungen können in diesem Zusammenhange nicht behandelt werden, da sie keine unmittelbare Berufseinwirkung darstellen. Sonstige berufliche Vergiftungen kommen in Deutschland nur sehr selten vor und bieten deshalb kein allgemeines Interesse.

Unter den beruflichen Infektionen müssen diejenigen beiseite gelassen werden, die nicht auf einer spezifischen Wirkung des Berufes beruhen, sondern etwa durch die Zusammendrängung zahlreicher Menschen an einer Arbeitsstätte begünstigt werden; denn hier läßt sich die Bedeutung dieses Faktors niemals auch nur annähernd quantitativ feststellen.

Als berufliche Infektion (im weitesten Sinne des Wortes) ist zunächst die Ankylostomiasis zu nennen, die als indirekte Klimaeinwirkung einen Übergang von dieser zu jenen darstellt. Sie tritt hauptsächlich in Bergwerken auf und hatte zu Anfang unseres Jahrhunderts auch in Deutschland eine gewaltige Ausdehnung erreicht. So erkrankten allein im Ruhrkohlenbezirk (16) im Jahre 1903 mehr als 32 000 Bergleute an Ankylostomiasis; die großzügige Bekämpfung, die in den folgenden Jahren unter Leitung von H. Bruns erfolgte, bewirkte, daß diese Zahl schon in den letzten Vorkriegsjahren unter 1000 sank und 1922 überhaupt kein Fall mehr gemeldet wurde!

Eine ausgesprochene Berufsinfektion ist der Milzbrand, der durch Häute und Hadern übertragen wird. Nach Rebentisch (21) sind in der deutschen Lederindustrie in den 20 Jahren 1906—1925 an Milzbrand 648 Erkrankungen mit 98 Todesfällen vorgekommen; auch hier wäre eine Verhütung möglich; denn in den letzten Kriegsjahren, in denen keine ausländischen Häute zur Verarbeitung gelangten, kamen nur ganz vereinzelte Erkrankungen und gar keine Todesfälle vor.

Hierher gehören auch die beruflichen Infektionen der Ärzte. Solche waren früher äußerst zahlreich, aber durch den erfolgreichen Kampf, den die Ärzte gegen die Infektionskrankheiten überhaupt führten, konnten sie in besonders hohem Grade auch ihre eigene Gefährdung verringern. Während (nach Versicherungsmaterial) in einem 1885 abgeschlossenen Zeitraume jährlich 2,6‰ der deutschen Ärzte an Tuberkulose starben, war diese Ziffer nach den Beobachtungen von K. Freudenberg (22) in der Nachkriegszeit unter 1‰ gesunken, und die Sterbefälle an Typhus und Fleckfieber, die in jenem Zeitraume auch jährlich mehr als 2‰ hinweggerafft hatten, waren völlig verschwunden. Im ganzen zeigte sich, daß bei einer Verminderung der Seuchenmortalität der Gesamtbevölkerung sich die der Ärzte in hierzu quadratischem Verhältnis vermindert. Dadurch ist auch die — von den Infektionskrankheiten stark abhängige Gesamtsterblichkeit der Ärzte in den meisten Altersklassen stärker als die der Gesamtbevölkerung gesunken. Dies ergibt sich nicht nur aus deutschem Material (22), sondern besonders deutlich auch aus der amtlichen englischen Statistik (20); danach betrug nämlich die standardisierte Sterblichkeit der Ärzte in den Altern von 25—65 Jahren in Prozenten derjenigen aller Männer

1890—1892	97
1900—1902	95
1910—1912	88

Am deutlichsten kommt die direkte Berufseinwirkung zahlenmäßig in den *Unfällen* zum Ausdruck. Die besondere Organisation der deutschen Unfallversicherung ermöglichte es, die Betriebsunfälle, soweit sie länger als 13 Wochen dauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, besonders zu erfassen. Eine weitgehende Einheitlichkeit der Erhebung bei den verschiedenen Berufsgenossenschaften kann angenommen werden, und deshalb sind ihre Ziffern untereinander gut vergleichbar. Aus den Angaben in den Statistischen Jahrbüchern für das Deutsche Reich (23) lassen sich folgende Ziffern für Vor- und Nachkriegszeit berechnen, die einerseits die Berufe mit besonders häufigen, andererseits die gewerblichen Berufe mit besonders seltenen Betriebsunfällen betreffen (s. Tabelle S. 569).

Zu der Abnahme der meisten Ziffern von der Vorkriegszeit zur Nachkriegszeit ist zu erwähnen, daß sie durch die Berechnungsart vorgetäuscht ist, die die Unfälle nicht auf die Arbeitsstunden oder gar die Arbeitsleistung der beschäftigten Personen, sondern nur auf deren Zahl bezieht. Nun ist selbstverständlich ceteris paribus die Unfallhäufigkeit proportional der „unter Risiko" verbrachten Zeit, d. h. der Arbeitszeit; für den Bergbau, in dem die Verhältnisse übersichtlicher als in anderen Betrieben liegen, konnte K. Freudenberg (24) nachweisen, daß die Unfallhäufigkeit außer von der Extensität auch von der Intensität der Arbeit abhängt, und zwar, daß sie der Extensität und der Quadratwurzel aus der Intensität direkt proportional ist; freilich bedarf dieses Schema noch der Verifikation durch die Überprüfung an anderen Berufsgruppen.

Im ganzen wurden 1924 im ganzen derzeitigen Reichsgebiete bei mehr als 25 Millionen unfallversicherter Personen 645 974 Anzeigen über Betriebsunfälle erstattet, für 80 820 wurden Entschädigungen festgesetzt; unter diesen 80 820

Fällen waren 7152 mit tödlichem Ausgange, d. h. 2,8 auf 10 000 Versicherte (gegen 10 293 oder 3,5‰ im Jahre 1913); sie hinterließen 11 411 rentenbezugsberechtigte Hinterbliebene. Es handelt sich im ganzen also um eine gewaltige Anzahl von Menschenleben, die bei der Berufsausübung vernichtet wurden. Indessen darf andererseits auch nicht übersehen werden, daß die tödlichen Betriebsunfälle nur etwa ein Drittel aller tödlichen Unfälle überhaupt ausmachen, deren 1924 im Deutschen Reiche 22 759 gezählt wurden. In dieser Zahl sind allerdings auch die Unfälle der nicht versicherten Bevölkerung, also insbesondere auch der Kinder enthalten, und da die Gliederung des versicherten Bevölkerungsteiles nach Geschlecht und Alter nicht bekannt ist, ist ein zuverlässiger Vergleich unter Eliminierung des genannten Fehlers nicht möglich. Da aber die vorläufig in Wirtschaft und Statistik veröffentlichten Ziffern (25) zeigen, daß die gesamte Unfallmortalität 1924 beim männlichen Geschlechte in den hauptsächlich in Betracht kommenden Altersklassen etwa 6‰ betrug, ergibt sich, daß — trotz der weitherzigen Auslegung des Begriffs „Betriebsunfall" — doch kaum die Hälfte aller tödlichen Unfälle der Versicherten auf solchen beruht.

Berufsgenossenschaft[1])	Auf 10 000 Versicherte entfielen			
	entschädigte Unfälle		davon tödliche	
	1913	1924	1913	1924
Fuhrwerksberufsgenossenschaft	169,1	102,9	15,9	14,4
Knappschaftsberufsgenossenschaft	149,4	93,5	23,1	17,2
Binnenschiffahrtsberufsgenossenschaften	127,7	49,7	31,8	12,2
Eisen- und Stahlberufsgenossenschaften (einschl. Hütten- und Walzwerks- sowie Maschinenbau- und Kleineisenindustrieberufsgenossenschaft)	97,7	47,6	6,9	3,8
Holzindustrieberufsgenossenschaften	88,9	52,5	3,1	2,8
Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft	88,1	58,7	10,0	8,2
Tiefbauberufsgenossenschaft	76,5	54,8	7,6	4,9
Baugewerksberufsgenossenschaften	71,7	38,1	5,9	4,7
Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie	69,7	40,6	5,1	5,0
Privatbahn-, Straßen- u. Kleinbahnberufsgenossenschaften	67,3	42,6	5,6	5,8
Steinbruchsberufsgenossenschaft	55,2	36,9	6,3	6,1
Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik	49,8	35,7	4,2	3,5
Seeberufsgenossenschaft	49,6	45,9	8,2	16,2
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	33,5	25,8	1,7	1,5
Bekleidungsindustrieberufsgenossenschaft	17,5	9,5	0,6	0,4
Tabakberufsgenossenschaft	5,6	4,5	0,3	0,3

Damit stimmen auch die Ziffern der Leipziger Ortskrankenkassenstatistik (5) bezüglich der Morbidität überein, wonach auf 10 000 männliche versicherungspflichtige Mitglieder jährlich 974,8 Unfälle entfielen, darunter 417,7 Betriebsunfälle. Dieses Ergebnis kann mit dem Reichsdurchschnitt sehr gut übereinstimmen, weil in der Leipziger Statistik sowohl wichtige Berufe mit besonders hoher Unfallziffer (Bergbau, Binnenschiffahrt) als auch solche mit sehr niedriger Unfallziffer (Landwirtschaft) fast völlig fehlen. Im einzelnen schwankt dieses Verhältnis natürlich sehr nach Berufen; so entfielen z. B. beim Bureau-, Kontor- und Ladenpersonal nur 12,4%, bei den Versicherten aus dem Verkehrsgewerbe dagegen 50,5%, bei Maschinisten und Heizern sogar 58,3% aller Unfälle auf Betriebsunfälle.

[1]) Wo es im Reiche mehrere Berufsgenossenschaften der gleichen Berufsgruppe gibt, wurden die Zahlen zusammengezogen.

Für die durch Unfälle im Betriebe besonders gefährdeten Kohlenbergleute ergeben sich dagegen folgende Ziffern aus dem Bereiche der Allgemeinen Knappschaftsvereins zu Bochum (16):

Jahre	Auf 10 000 Belegschaftsmitglieder kamen jährlich Unfälle			
	überhaupt		tödliche	
	im Betriebe	außerhalb des Betriebes	im Betriebe	außerhalb des Betriebes
1911—1913	1805,5	176,2	23,8	4,5
1921—1922	1078,6	115,7	17,2	4,6

Hier entfielen also vor wie nach dem Kriege über 90% aller mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Unfälle auf solche im Betriebe und von den tödlichen vor dem Kriege 84%, nach demselben noch 79%.

3. Die Wirkung komplexer Ursachen.

Wie schon erwähnt, läßt sich bei den Wirkungen der Wirtschaft auf die Gesundheit nur zum kleinen Teil nachweisen, durch welches Medium die Wirkung erfolgt. Meist bleibt vielmehr nur eine allgemeine Wirkung der wirtschaftlichen Lage sichtbar, die — wie gleichfalls schon erwähnt — nicht einmal von den Wirkungen der Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlichen Schicht gesondert werden kann.

Über den Einfluß der *wirtschaftlichen Lage* auf die *Gesamtsterblichkeit* liegen zahlreiche Angaben vor. Soweit sie nicht auf amtlichem Material beruhen oder sonstwie die Gesamtbevölkerung erfassen, sind sie allerdings kaum verwertbar. Dies gilt auch für das in formell-statistischer Hinsicht einwandfreie Material privater Versicherungsunternehmungen, da hierbei eine maximale Auslesewirkung vorliegt und diese begreiflicherweise bei der Versicherung hoher Summen besonders streng geübt wird, so daß sich das Ergebnis, daß nämlich die Sterblichkeit in — übrigens sehr niedriger — negativer Korrelation zu der versicherten Summe steht, schon aus diesem Umstande erklären läßt.

Deutlich läßt sich dagegen die Abstufung der Sterblichkeit nach der Wohlhabenheit aus dem von J. Funk bearbeiteten Bremer Material (26) erkennen. Hierbei wurden die Sterbefälle der Bewohner von Straßen, die ausgesprochen von wohlhabender, mittlerer bzw. ärmerer Bevölkerung bewohnt wurden, auf die mittlere Anzahl der in diesen Straßen Lebenden bezogen, wobei nach den Geschlechtern und den wichtigsten Altersklassen getrennt wurde. Im einzelnen leiden diese Ziffern an zahlreichen Mängeln, teils Zufallsergebnissen kleiner Grundzahlen, teils auch systematischen Fehlern; so rührt die auffallende Untersterblichkeit des weiblichen Geschlechts in den erwerbsfähigen Altern in Gruppe A offenbar von den zahlreichen Dienstboten her, welche nur solange, als sie gesund sind, in ihrer Stellung verbleiben können und damit in zu Gruppe A gerechneten Straßen wohnen; bei der Altersklasse von über 60 Jahren ist zu bedenken, daß der Alters-

Wohlstandsstufe	Todesfälle auf 1000 Lebende im Alter																	
	0—1			1—5			5—15			15—30			30—60			über 60		
	männl.	weibl.	zusam.	männl.	weibl.	zusam.	männl.	weibl.	zusam.	männl.	weibl.	zusam.	männl.	weibl.	zusam.	männl.	weibl.	zusam.
A. Wohlhabende	59,8	38,1	48,9	3,1	2,5	2,8	1,0	2,4	1,7	2,3	1,0	1,2	8,6	4,6	6,2	54,7	48,0	50,7
B. Mittelstand .	80,4	103,1	90,9	6,5	12,1	9,2	2,0	3,0	2,5	3,1	2,4	2,7	10,6	7,0	8,6	57,8	54,8	56,1
C. Ärmere . . .	301,8	211,9	255,8	27,7	24,6	26,2	4,7	3,4	4,0	6,2	7,0	6,6	16,5	10,7	13,6	51,8	50,2	50,9

aufbau innerhalb dieser Klasse in den einzelnen Wohlstandsstufen recht verschieden sein muß, was in dieser Klasse von großem Einfluß auf die Mortalitätsziffer ist.

Hierbei ergaben sich vorstehende Ziffern für die Jahre 1901—1910 (s. Tabelle S. 570).

Trotz der erwähnten — großenteils unvermeidbaren — Mängel tritt doch das Gesamtbild deutlich hervor, das im Säuglings- und Kleinkindesalter eine sehr große Übersterblichkeit der ärmeren Schicht zeigt, die im späteren Alter geringer wird.

Bezüglich der Todesursachen, welche diese Verschiedenheiten der Mortalität hauptsächlich bewirken, läßt sich allerdings aus der angeführten Statistik wenig entnehmen, da die absoluten Zahlen bei einer Aufspaltung nach Todesursachen vielfach zu klein werden.

Bessere Einblicke gestattet die englische Statistik der Berufsmortalität (20), indem sie die einzelnen Berufe auch nach sozialen Klassen zusammenfaßt, wodurch unmittelbare Berufseinflüsse weitgehend ausgeschaltet werden. In Betracht kommen zur Vergleichung hauptsächlich die Klassen I (Ober- und Mittelstand mit sehr weiter Ausdehnung dieses Begriffes fast bis zu den untergeordnetsten Angestellten), III (gelernte Arbeiter) und V (ungelernte Arbeiter); die Klassen II und IV umfassen schwer abgrenzbare Zwischenstufen, die Klassen VI, VII und VIII die gesamten Textil-, Berg- und Landarbeiter, die also in den Klassen III und V nicht enthalten sind. Mit Rücksicht auf den verschiedenen Altersaufbau der einzelnen Klassen müssen die nach Todesursachen angegbeenen Ziffern standardisiert werden, und zwar sind dazu nur die Sterbefälle im Alter von 25—65 Jahren verwendet und auf den Altersaufbau aller Männer dieser Alter in England und Wales bei der Volkszählung von 1901 bezogen; die standardisierten Ziffern bedeuten dann die Sterblichkeit in ‰ aller Todesfälle bei der ganzen männlichen Bevölkerung in diesen Altern in den Jahren 1900—1902. Für die Jahre 1910—1912 ergeben sich nun für die genannten drei Klassen folgende Gesamtsterbeziffern nach Altersklassen und folgende standardisierte Ziffern nach Todesursachen:

Alter	Sterbefälle auf 1000 Lebende in Klasse		
	I	III	V
15—20	1,82	2,12	2,68
20—25	3,19	3,38	5,05
25—35	4,15	4,19	6,91
35—45	6,75	7,28	11,97
45—55	12,75	14,25	21,14
55—65	27,14	30,12	40,02
65—75	58,18	69,60	85,75
über 75	133,27	183,39	251,16

Aus diesen Tabellen ergibt sich sowohl hinsichtlich der Sterblichkeit nach Altersklassen als auch nach Todesursachen deutlich, daß der Unterschied zwischen Mittelstand und gelernten Arbeitern weit kleiner ist als der zwischen gelernten und ungelernten Arbeitern. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die

Todesursache	Standardisierte Mortalitätsziffer in Klasse		
	I	III	V
Tuberkulose	131	165	228
Carcinom	78	79	102
Gicht und Diabetes	15	10	9
Alkoholismus	4	3	6
Tabes und Paralyse	21	17	26
Sonstige Krankheiten des Nervensystems	30	30	44
Herzklappenerkrankungen	31	37	58
Arteriosklerose und Apoplexie	48	47	52
Sonstige Krankheiten d. Kreislauforgane	59	66	99
Bronchitis	16	37	71
Pneumonie	47	57	115
Sonstige Krankheiten d. Atmungsorgane	12	15	20
Lebercirrhose	19	11	14
Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane	39	31	39
Akute und chronische Nephritis	40	42	46
Selbstmord	20	16	22
Unfall	23	32	78
Andere Ursachen	62	63	92
Zusammen	695	758	1121

Sterblichkeit der ungelernten Arbeiter sich aus solchen Statistiken immer höher ergibt, als sie in Wirklichkeit ist, weil Schwerkranke, die aus anderen Berufen stammen, zuletzt nur noch eine Tätigkeit unständiger Art und niederer Stellung auszuüben pflegen und deshalb die beim Tode als „ungelernte Arbeiter" Bezeichneten tatsächlich einem größeren Personenkreise entstammen als den bei der Volkszählung so rubrizierten Lebenden, auf deren Zahl ihre Todesfälle bezogen werden. Trotzdem bleiben aber die Unterschiede in der Gesamtsterblichkeit sowie bei manchen Todesursachen noch so groß, daß sie sicher in weitgehendem Maße reell sind.

An „sozial" bedingten Krankheiten treten besonders Tuberkulose und die nichtspezifischen Erkrankungen der Atmungsorgane hervor, dann Herzklappenerkrankungen; die verschiedene Unfallhäufigkeit hingegen wird in erster Linie durch unmittelbare Berufseinwirkungen zu erklären sein. Die Übersterblichkeit der untersten Klasse an Carcinom ist vielleicht nur durch die erwähnte Ungenauigkeit in der Beziehung der Zahl der Verstorbenen auf die der Lebenden vorgetäuscht.

Einkommen in Mk.	Auf 1000 Steuerzahler dieser Einkommenstufe kommen jährlich an Tuberkulose verstorbene Steuerzahler und deren Angehörige
900 bis 1200	3,20
über 1200 „ 2000	3,15
„ 2000 „ 3500	2,09
„ 3500 „ 5000	1,65
„ 5000 „ 10000	1,04
„ 10000 „ 25000	0,62
„ 25000	0,76

Bei den meisten anderen Krankheiten ist überhaupt kein Einfluß der Klassenzugehörigkeit auf die Mortalität nachweisbar.

Über die Beziehungen von *Einkommen* und *Tuberkulose* unterrichtet vor allem die Hamburger Statistik (27). Aus ihr ergeben sich für den Durchschnitt der letzten 3 Vorkriegsjahre nebenstehende Ziffern.

Gegen die Verwertung dieser Statistik hat Flügge mit Recht eingewendet (28), daß — abgesehen von der großen Unvollständigkeit, daß Einkommen unter 900 Mark in dieser Statistik fehlen — vor allem die Beziehung der Angehörigen auf die Zahlen der Steuerzahler allein ganz unstatthaft ist, weil das Verhältnis der Zahl der Angehörigen zu der der Steuerzahler in den einzelnen Einkommenklassen verschieden ist, ferner, daß die auswärts Verstorbenen — namentlich also bemittelte Kranke, die in Kurorten starben — in der Statistik fehlen. Alles dies ist richtig; deshalb wird man lieber die von Winkler mitgeteilte Statistik (14) heranziehen, in der die genannten Fehler größtenteils vermieden sind; sie ergibt für Charlottenburg nebenstehende Ziffern.

Einkommen des Familienvorstandes in Mk.	Im Durchschnitt der Jahre 1908—1912 kamen auf 10000 Lebende Todesfälle an Lungentuberkulose
unter 900	16,3
900 bis „ 3000	9,2
3000 „ „ 6500	4,5
6500 und mehr	3,3

Der letzte der oben erwähnten Punkte aus Flügges Kritik ist natürlich auch in dieser Statistik nicht ausgeschaltet, weil er sich bei einer kommunalen Statistik überhaupt nicht ausschalten läßt; könnte man ihn berücksichtigen, so müßte dies zwar zu einer Verminderung der Spannung zwischen den einzelnen Ziffern führen, doch bliebe sie gewiß noch in beträchtlicher Höhe bestehen.

Ungeklärt bleibt hierbei natürlich wieder die Frage, was bei dem Zusammenhange von niedrigem Einkommen und Tuberkulose Ursache und was Folge ist, bzw. ob beides Folgen einer gemeinsamen anderen Ursache sind.

Weinberg hat zwar nachgewiesen (29), daß die Tuberkulosesterblichkeit von Kindern Tuberkulöser mindestens doppelt so hoch wie die durchschnittliche ist; ob dies aber auf Vererbung oder auf erleichterter Infektionsmöglichkeit oder

eben auf der Gemeinsamkeit einer schädlichen Umwelt beruht, läßt sich statistisch kaum feststellen. Allerdings ermittelte Weinberg durch seine vorbildlich gründlichen und exakten Berechnungen, daß die Korrelation zwischen elterlicher und kindlicher Tuberkulose im 16. –20. Lebensjahre der Kinder weitaus am größten ist, was ihn auf den Gedanken bringt, daß eine Gleichheit der Berufstätigkeit und Berufseinflüsse beider Generationen von großer Bedeutung sei.

Viel leichter als bei der Tuberkulose mit ihrem chronischen Verlaufe lassen sich die Zusammenhänge zwischen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Verhältnissen einerseits und Gesundheitsschädigungen andererseits bei den *akuten Infektionskrankheiten* erkennen.

Das typische Bild eines engen Zusammenhanges bietet die Statistik der Cholera. So ergaben sich bei der Hamburger Choleraepidemie von 1892 auf 1000 Steuerzahler mit Einkommen von 800 –1000 Mark 114 Erkrankungen der Steuerzahler und ihrer Angehörigen, auf 1000 Steuerzahler mit Einkommen von 10 000 Mark aufwärts dagegen nur 16 Fälle; hingegen erwies sich die Letalität der Cholera als von Einkommen ganz unabhängig, denn sie betrug in jener Stufe 54,3%, in dieser 57,6%.

Die anderen akuten Infektionskrankheiten verhalten sich in dieser Hinsicht nicht einheitlich. Die Zusammenstellung und Kritik der diesbezüglichen Ziffern durch Gottstein (30) zeigt diese Unterschiede und betont gleichzeitig die Unvollkommenheit des bisher bekannten Materials.

Beim *Carcinom* findet sich — wenigstens teilweise — ein deutlicher Einfluß der Wirtschaftslage auf die Mortalität. Nach Weinberg (31) ergeben sich beim weiblichen Geschlechte, wenn man die Mortalität der wohlhabenden Frauen zum Vergleiche wählt und — selbstverständlich — den Altersaufbau berücksichtigt, für die ärmeren Frauen auf je 100 erwartungsgemäße Todesfälle erfahrungsgemäß

235 an Uteruscarcinom,
110 an Mammacarcinom,
165 an Carcinomen der übrigen Organe.

Wenn man die namentlich von Gottstein in die Soziologie der akuten Infektionskrankheiten eingeführte Betrachtungsweise berücksichtigt, daß nämlich die Mortalität allein keinen genügenden Aufschluß gibt, sondern in Morbidität und Letalität zerlegt werden muß, so wird es wahrscheinlich, daß der Unterschied bezüglich der Morbidität etwas kleiner ist als der, den die obigen Ziffern für die Mortalität zeigen, da bei den Frauen der oberen Schichten ein rechtzeitigeres Aufsuchen ärztlicher Hilfe vermutet werden kann. Indessen ist die Bedeutung dieses Moments wegen der sehr großen Letalität, die die Carcinome unter allen Umständen haben, gewiß nicht hoch anzuschlagen.

Wesentlich unübersichtlicher liegen die Verhältnisse beim männlichen Geschlecht. Wie aus den oben wiedergegebenen Ziffern über die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in England zu ersehen ist, besteht dort kein Unterschied zwischen der Carcinommortalität des Mittelstandes und der gelernten Arbeiter, während die ungelernten Arbeiter eine erhebliche Übersterblichkeit aufweisen, die durch formale Gründe kaum hinlänglich erklärt werden kann. Es liegt nahe, hierbei zunächst an Berufswirkungen zu denken, da solche vielfach beschrieben wurden; allerdings geschah dies zumeist ohne Berücksichtigung der statistischen Methodik, und auf jeden Fall sind solche Wirkungen zu selten, als daß sie eine erhebliche Übersterblichkeit der ganzen sozialen Klasse hervorrufen könnten.

Wichtiger dürften zur Erklärung der verschiedenartigen Krebsmortalität verschiedener Stände die Ziffern sein, die zeigen, daß eine weitgehende Korrelation zwischen Alkoholismus und Carcinommortalität besteht. So ergibt die englische Statistik der Berufssterblichkeit von 1910—1912 (20) folgende

standardisierte Ziffern der Carcinommortalität in Prozenten derjenigen aller Männer:

Brauer	160
Gastwirte, Alkoholhändler	109
Gasthausangestellte	127
darunter Barbedienstete	177
Kellner	129
Flaschenbierhändler	164

Der Einfluß des *Alkoholismus* auf rein gesundheitlichem Gebiete reicht natürlich viel weiter, er ist bei vielen anderen Krankheiten unvergleichlich ausgesprochener. An Krankheiten der Zirkulationsorgane, Nephritiden, Pneumonie und Diabetes ist die Übersterblichkeit der Alkoholiker so groß, daß sie nicht übersehen werden kann, aber auch an anderen Krankheiten — wie z. B. Tuberkulose — scheint sie sicher zu bestehen. Hierbei handelt es sich immer um starken Alkoholgenuß, während die Wirkung „mäßigen" Alkoholgenusses immer noch umstritten ist.

Bedeutsam ist die Frage nach den Ursachen des Alkoholismus, besonders dem Einfluß der Umwelt. Grotjahn (32) hat besonders darauf hingewiesen, daß die unfreundliche Umgebung, in der der Industriearbeiter lebt, ihn veranlaßt, auf künstlichem Wege Euphorie zu suchen; gleichzeitig erwähnte er aber auch, daß der Alkoholismus teilweise auf vererbter psychopathischer Konstitution beruht. Diese Feststellung müßte eigentlich noch ergänzt werden durch eine Untersuchung darüber, wie oft die sich im Alkoholismus ausdrückende Minderwertigkeit Personen auf ein besonders tiefes gesellschaftliches Niveau, den „Pauperismus", herabdrückt, so daß dieser nicht Ursache, sondern Folge des Alkoholismus wäre. Erst mit dieser Kenntnis wäre die Erkenntnis vom Zusammenhange der drei Kettenglieder Psychopathie, Alkoholismus, Pauperismus geschlossen; aber es muß betont werden, daß eine solche Untersuchung, bei der die amtliche Statistik versagen würde, vorläufig aussichtslos zu sein scheint.

Gleichfalls aus einem großen Kompflex von Ursachen entspringen die *Selbstmorde*. Erkennt man schon beim Alkoholismus an dem nicht seltenen Vorkommen in bemittelten Kreisen, daß ungünstige wirtschaftliche Lage und ihre Begleiterscheinungen, wenn auch eine wichtige, so doch gewiß nicht die alleinige Ursache sind, so ist dies beim Selbstmorde noch weit ausgesprochener. Ein deutliches Beispiel hierfür bietet die Selbstmordhäufigkeit in der Inflationszeit. Nach einer Zusammenstellung von K. Freudenberg (33) brachte das Jahr 1922, in dem alle alten Vermögen wertlos wurden, in der am meisten betroffenen Altersklasse von 70—80 Jahren (für höhere Alter sind die Ziffern unzuverlässig) gegenüber der Vorkriegszeit nur eine Steigerung um 29% beim männlichen und um 69% beim weiblichen Geschlecht, das sind also Ziffern, die — gemessen an der schweren Not der alten Leute — geradezu unbedeutend erscheinen. In den jüngeren Altersklassen aber war die Selbstmordziffer von 1922 gegenüber der von 1911—1913 beim männlichen Geschlecht herabgesetzt, beim weiblichen nur wenig erhöht. Es läßt sich also aus diesen Erfahrungen schließen, daß die Wirtschaftslage keinen wesentlichen Einfluß auf die Selbstmordhäufigkeit hat. In diesem Sinne wären auch die Erfahrungen der Lebensversicherung (8) zu deuten, wonach bei Versicherungssummen über 6000 Mark die Selbstmordmortalität um mehr als 40% höher als bei Versicherungssummen bis zu 6000 Mark ist; wenn auch bei der kurzen Karenzzeit, die für Selbstmorde in der Privatversicherung nur besteht, ein ins Auge gefaßter späterer Selbstmord gelegentlich zum Abschluß einer hohen Versicherung veranlaßt, so bleibt doch gewiß kein Anhaltspunkt für häufigere Selbstmorde in den Schichten mit niedrigerem Einkommen. Auch die englische Statistik (20) ergibt übrigens eine etwas höhere Selbstmordhäufigkeit der oberen Schichten.

Heftig umstritten ist auch der Zusammenhang zwischen Wirtschaftslage und *Abtreibungen*. Diese bilden zwar nur eine Teilerscheinung in dem großen Komplex des Geburtenrückganges, aber diejenige, die — ganz abgesehen von der Frage der zahlenmäßigen Erhaltung des Bevölkerungsbestandes — das unmittelbarste gesundheitliche Interesse bietet.

Ob und wie weit der Geburtenrückgang als solcher auf kulturellen, moralischen oder wirtschaftlichen Gründen beruht, darüber ist eine äußerst ausgedehnte Literatur entstanden; hier sei deshalb nur auf die zusammenfassende Darstellung von Johannes Müller (34) hingewiesen. Welche Rolle innerhalb des gesamten Geburtenrückganges den Abtreibungen zukommt, darüber sind begreiflicherweise nur Schätzungen möglich. Jedenfalls ergibt sich aber aus der einzigen zuverlässigen und gut bearbeiteten amtlichen Statistik, die in Deutschland über Fehlgeburten existiert, nämlich der von H. Wolff (35) in Halle durchgeführten, daß in der Klasse der Selbständigen das Verhältnis von Fehlgeburten zu standesamtlich gemeldeten Geburten etwas ungünstiger ist als in den Klassen der Angestellten, der gelernten und ungelernten Arbeiter, während bei den beruflosen Frauen Fehlgeburten (besonders uneheliche) auffallend häufig sind. Es scheint also, daß die Abtreibungen im allgemeinen nicht als Ergebnis wirtschaftlicher Not gedeutet werden können, sondern die Gründe hierfür auf anderen Gebieten liegen.

Auch die Verbreitung der verschiedenen Formen außerehelicher Verhältnisse, deren Folgen die *unehelichen Geburten* sind, können meist nicht als Folgen besonders ungünstiger wirtschaftlicher Lage angesehen werden; wenn dies doch geschieht, weil solche Verhältnisse in Elendsquartieren besonders häufig getroffen werden, so liegt eine Verwechslung nach dem Motive „post hoc, ergo propter hoc" vor.

Unehelichkeit als Folge wirtschaftlichen Zwanges ist dort eine häufige Erscheinung, wo Heiraten tatsächlich nicht möglich sind wie z. B. beim ländlichen Gesinde, das bei Klein- und Mittelbetrieb der Landwirtschaft — im Gegensatze zu den Landarbeitern des Großgrundbesitzes — in die häusliche Gemeinschaft des Bauern aufgenommen ist. Einen krassen Gegensatz dazu bieten aber meist die unehelichen Kinder der Großstadt, soweit sie Verhältnissen entstammen, welche weit weniger mit der Absicht einer Eheschließung verbunden sind. Dies drückt sich auch deutlich in der verschiedenen Höhe der Unehelichensterblichkeit aus, die natürlich nicht nach ihrer absoluten Höhe, sondern im Vergleiche zur ehelichen betrachtet werden muß; (durch diese Form des Vergleiches abstrahiert man am besten von den Verschiedenheiten der wirtschaftlichen Lage). So findet man z. B. folgende Ziffern (36):

Land bzw. Provinz	Säuglingssterblichkeit im Durchschnitt der Jahre 1921—1923		
	unehelich	ehelich	Verhältnis in %
Berlin	27,6	10,2	271
Hamburg	21,8	8,6	253
Bremen	25,0	8,7	287
Bayern r. d. Rh.	23,8	15,9	150
Württemberg	17,6	10,5	168
Baden	18,0	10,7	168

Analoge Ziffern liegen auch aus anderen Ländern vor; so betrug die Säuglingssterblichkeit der Unehelichen in Prozenten derjenigen der Ehelichen 1924 in England und Wales (37):

in London	218
„ den Grafschaftshauptstädten	185
„ „ anderen Städten	181
auf dem Lande	167

Es zeigt sich also, daß die uneheliche Geburt dort, wo sie die tatsächliche Folge wirtschaftlicher Not ist, das Leben des Kindes weniger bedroht, als dort, wo sie nur mit solcher vergesellschaftet und anderen Ursachen zuzuschreiben ist.

III. Die Wirkung der Gesundheit auf die Wirtschaft.

1. Einleitende Übersicht.

Es ist eine Binsenwahrheit, daß ohne Wirtschaft keine Gesundheit möglich ist, und ebenso ohne Gesundheit keine Wirtschaft. Es wäre auch müßig, untersuchen zu wollen, welche der beiden wechselseitigen Wirkungen stärker ist, denn Gesundheit und Wirtschaft bilden eben einen unlöslichen Ring, und würde eines der beiden Elemente zerstört, so müßte auch das andere der Vernichtung verfallen.

Anscheinend liegt es in der Art des menschlichen Denkens begründet, daß es die „normalen" Zusammenhänge als selbstverständlich hinnimmt und mehr die Normwidrigkeiten beachtet, also die Pathologie auf Kosten der Physiologie treibt. So denkt man bei den Wirkungen der Wirtschaft auf die Gesundheit immer in erster Linie an die schädigenden Wirkungen, weil die erhaltenden als selbstverständlich erscheinen, und so denkt man bei den Wirkungen der Gesundheit auf die Wirtschaft weniger daran, daß die menschliche Gesundheit menschliche Wirtschaft erst ermöglicht, als vielmehr daran, welche Belastungen der Wirtschaft durch Störungen der Gesundheit entstehen. Obgleich diese Betrachtungsweise also sehr einseitig ist, kann sie doch praktisch ohne weiteres hingenommen werden, wenn man nur hierüber grundsätzliche Klarheit hat.

Die Verluste der Wirtschaft, oder besser gesagt, der Volkswirtschaft, durch gesundheitliche Störungen, sind einerseits negativer Art, nämlich durch Ausfall von Arbeit infolge von Krankheit oder vorzeitigem Tod, andererseits positiver Art, nämlich durch Sonderausgaben für die Kranken, die über ihren Lohnausfall hinausgehen; dazu kommen noch Verluste indirekter Art, wie z. B. die Verwaltungskosten der Krankenkassen und viele ähnliche. Über die Höhe dieser Verluste ist es nun nötig, eine Übersicht zu gewinnen.

Da 60% der gesamten deutschen Bevölkerung von der Krankenversicherung und ein noch weit größerer Prozentsatz der erwachsenen Bevölkerung von den übrigen Zweigen der Sozialversicherung erfaßt wird, hat man sich daran gewöhnt, die Kosten der Krankheiten, Unfälle und Todesfälle lediglich in den Kosten der Sozialversicherung zu erblicken und deshalb von einer „Soziallast der Wirtschaft" zu sprechen. Diese besondere Hervorhebung ist aber nur insofern berechtigt, als man hierdurch die Summen erfaßt, welche kraft gesetzlicher Befugnis der Versicherungsträger von diesen eingezogen werden dürfen, gleichgültig, welchen Gebrauch sie davon machen. In Wirklichkeit umfaßt die „Soziallast", die andererseits auch besonders viele der erwähnten indirekten Kosten enthält, nur einen Teil der Belastungen, denen die Volkswirtschaft durch gesundheitliche Schäden ausgesetzt ist, zumal diese großenteils gar nicht unmittelbar in Gelbbeträgen ausgedrückt werden können.

Diese negative Seite der Darstellung muß durch eine positive ergänzt werden, die zeigt, welche Mittel der Wirtschaft durch gesundheitfördernde Maßnahmen gerettet werden können, und außerdem, welche Erleichterungen auch auf wirtschaftlichem Gebiete man künftigen Geschlechtern durch eine zielbewußte Anwendung der Eugenik erwirken könnte.

2. Die Verluste der Wirtschaft durch gesundheitliche Schäden.

a) *Durch Krankheit verlorene Arbeitszeit.* Der durch Krankheit ausfallende Arbeitslohn ist vom Standpunkte der Volkswirtschaft aus als reiner Verlust zu

buchen, gleichgültig, ob und wie der individualwirtschaftliche Schaden des einzelnen Betroffenen ersetzt wird. Dazu kommen dann noch die positiven Mehrkosten der Krankheit und die indirekten Unkosten.

Eine statistische Erfassung aller dieser Beträge ist aber nicht möglich, da sie nur für den Teil der Bevölkerung vorgenommen werden kann, der der Sozialversicherung unterliegt; aber auch für diesen sind solche Berechnungen nur teilweise durchführbar, da das Nebeneinander der verschiedenen Versicherungsträger hemmend wirkt.

Die Krankenversicherung umfaßt immer nur eine bestimmte Höchstdauer eines Krankheitsfalles, in der Regel ein halbes Jahr. Durch Rückschluß aus den Ergebnissen der Beobachtung während dieser Zeit bei der Leipziger Ortskrankenkasse, errechnete Mayet (5) für die gesamte Bevölkerung des Deutschen Reichs und das Jahr 1901 etwa 223 Millionen Krankheitstage männlicher und 309 Millionen Krankheitstage weiblicher Personen im Alter von 15—75 Jahren. Rechnet man für damals mit einem durchschnittlichen Tagesverdienst eines Mannes von 6 Mark, bzw. einer Frau von 4 Mark, so ergibt sich ein Lohnausfall, der gleich ist dem Ausfall an Arbeitsleistung, für das genannte Jahr in Höhe von 2,6 Milliarden Mark.

Im gleichen Jahre kamen aber im Bereiche der deutschen Krankenversicherung, wie sich aus der amtlichen Darstellung (38) errechnen läßt, auf einen bezahlten Krankheitstag für Arzt- und Arzneikosten 0,92 Mark, für Krankenhauskosten insgesamt 0,31 Mark, wobei aber noch ein Teil für normale Verpflegung abgesetzt werden muß, und für Verwaltungskosten 0,17 Mark. Versucht man, diese Zahlen, soweit sie für die Gesamtheit der Bevölkerung Geltung haben, auf diese umzurechnen, so erhält man einen weiteren Verlust von 0,6 Milliarden Mark.

Nimmt man nun von dem so erhaltenen Gesamtbetrage von 3,2 Milliarden Friedensmark an, er habe sich auf die einzelnen Krankheiten so verteilt, wie die in der Leipziger Ortskrankenkassenstatistik beobachteten Krankheitstage, so kommt man auf die folgenden Zahlen für den Anteil der einzelnen Krankheitsgruppen am Verluste des ersten halben Krankheitsjahres:

Krankheit	Wert des dadurch 1901 verursachten Verlustes in Millionen Mk.
Akute ansteckende Kinderkrankheiten	5
Tuberkulose	224
Sonstige Allgemeininfektionen (einschl. Geschlechtskrankheiten und Zoonosen)	270
Vergiftungen	40
Äußere Einwirkungen	474
Tumoren	24
Sonstige Entwicklungs- und Ernährungsstörungen	35
Herz- und Gefäßkrankheiten (einschl. Gehirnschlag)	133
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	239
Bronchitis	134
Pneumonie	43
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	367
Krankheiten der Verdauungsorgane	373
Krankheiten der Harnorgane	48
Folgen von Schwangerschaft und Geburt (einschl. Kindbettfieber)	33
Sonstige nichtvenerische Krankheiten der Geschlechtsorgane	49
Andere und unbekannte Krankheiten	709
Zusammen	3200

Bei der Berechnung der vorstehenden Tabelle sind Einzelheiten unberücksichtigt geblieben, wie z. B. die verschiedenartige Beteiligung der beiden Geschlechter an den einzelnen Krankheiten; dies ist aber deshalb gleichgültig, weil eine weit größere Ungenauigkeit in den der Statistik zugrundegelegten Diagnosen

selbst steckt, wovon man sich an Hand des amtlichen Quellenwerkes leicht überzeugen kann. Deshalb und außerdem wegen der zahlreichen sonstigen Hypothesen, auf denen diese Zahlen sich aufbauen, dürfen sie nur als ungefährer Anhaltspunkt betrachtet werden.

Die im vorstehenden für das Jahr 1901 berechneten Zahlen müßten für 1924 — abgesehen von der Veränderung der Einwohnerzahl und des Geldwertes — kleiner geworden sein, weil sich die Gesundheitsverhältnisse seitdem bedeutend gebessert haben, wie man wenigstens nach der Mortalitätsstatistik vermuten kann. In Wirklichkeit ist aber die Zahl der auf ein Mitglied entfallenden Krankheitstage in diesem Zeitraume von 6,9 auf 10,8, also um 57% gestiegen; hier liegen in dieser Differenz also indirekte Krankheitskosten vor. An sich wäre es möglich, daß das bloße Vorhandensein von Einrichtungen für Kranke unter Bedingungen, die nicht auf gesundheitlichem Gebiete liegen, unter Umständen Gesunde zur Krankmeldung veranlassen könnte; es darf aber andererseits natürlich auch nicht übersehen werden, daß die Steigerung teilweise darauf beruht, daß die Gewöhnung an die bestehende Sozialversicherung eine beklagenswerte Indolenz auf gesundheitlichem Gebiete beseitigte, so daß heute Kranke früher als sonst ärztliche Hilfe aufsuchen. Ferner ist in diesem Zusammenhange zu erwähnen, daß die auf ein Mitglied entfallenden Verwaltungskosten der Krankenkassen im gleichen Zeitraume von 1,07 auf 3,63 Mark gestiegen sind, d. h. — unter Berücksichtigung der Geldwertveränderung — um ungefähr 150%.

Ein ganz anderes Bild als das bisher aufgerollte bietet hingegen die Betrachtung desjenigen Teiles der Krankheitsdauer, der nach Ablauf eines halben Jahres vom Krankheitsbeginne an liegt und deshalb im allgemeinen von der Invalidenversicherung (bzw. von der Angestelltenversicherung) erfaßt wird. Aus der von Alfons Fischer veröffentlichten Zusammenstellung (39) ergibt sich, daß 1907 im ganzen Reiche auf 1000 Versicherte 9,6 erstmalig bewilligte Invalidenrenten kamen; das entspräche — mit Berücksichtigung des Altersaufbaues — auf die 36,0 Millionen Erwachsener der Berechnung von Mayet bezogen, einer Zahl von 600 000 jährlich invalide werdenden Personen mit einem jährlichen Arbeitsverlust von etwa 900 Millionen Mark. Dieser Verlust wäre dann noch mit der durchschnittlichen Invaliditätsdauer zu multiplizieren, so daß sich insgesamt ein jährlicher Arbeitsverlust von etwa 5 Milliarden ergäbe. Diese Zahl ist aber äußerst ungenau, weil über die Dauer des Rentengenusses nur ältere Zahlen vorliegen. Insbesondere ist die Verteilung der verlorengehenden Arbeitszeit auf die einzelnen Krankheiten ganz unbekannt, da der Verfasser der erwähnten Monographie, dem hierfür ausführliches amtliches Material zur Verfügung stand, die beiden Grundbegriffe, nämlich die Zahl der in einem Jahre invalide Werdenden und die Zahl der jeweils überhaupt vorhandenen Invaliden, nicht auseinanderhielt und die Frage der Invaliditätsdauer nur einmal (S. 30) ganz kurz streifte, wo er die sonderbare Ansicht äußerte, die fernere Lebenserwartung eines jung invalide Gewordenen sei größer als die eines später Invalidisierten, obwohl doch die aus den neunziger Jahren vorliegenden Tabellenwerke des Reichsversicherungsamts, besonders das ausführliche auf die Jahre 1891—1899 bezügliche (40), das ausgesprochene Gegenteil deutlich genug dartun.

Da also die durchschnittliche Invaliditätsdauer nach einzelnen Krankheiten unbekannt ist, läßt sich auch eine Verteilung des Gesamtverlustes, den die Volkswirtschaft durch vorzeitige Invalidität erleidet, auf die einzelnen Krankheiten nicht vornehmen. Man kann nur mit dem wenig plausiblen Vorbehalte, die durchschnittliche Invaliditätsdauer bei den verschiedenen Invaliditätsursachen sei nicht sehr voneinander verschieden, die Verteilung der neu eingetretenen Invaliditätsfälle zugrunde legen. Verwendet man hierzu das von Alfons Fischer

veröffentlichte Material der Landesversicherungsanstalt Baden für die Jahre 1905 bis 1909, so sieht man, daß an dem hier in Frage stehenden Arbeitsverluste die Tuberkulose nicht wie an dem bei der Krankenversicherung ermittelten mit 7,0%, sondern mit 21,6% beteiligt ist, Tumoren anstatt mit 0,7 immerhin 2,7%, während andererseits die dort mit 8,6% vertretenen Allgemeininfektionen (außer Tuberkulose) hier überhaupt nicht besonders erwähnt sind. Im übrigen läßt sich der Vergleich leider nur teilweise durchführen, weil die für das badische Material gewählte Einteilung der Krankheitsgruppen leider zahlreiche Besonderheiten aufweist.

Hierzu sind dann noch die erheblichen Verluste an Arbeitsleistung zu rechnen, deren Ersatz seitens der Unfallversicherung erfolgt, über deren Einzelheiten aber die Statistik keinen genügenden Aufschluß gibt.

b) Durch vorzeitigen Tod verlorene Arbeitszeit. Im Gegensatz zu der unvollständigen und unzuverlässigen Statistik der Morbidität und Invalidität verfügen wir für die Gesamtbevölkerung über eine genaue Statistik der Todesfälle und ihrer Gliederung nach Geschlecht und Alter sowie über eine — besonders für die Großstadtbevölkerung — ziemlich zuverlässige Statistik der Todesursachen. Man kann dieses Material daher verhältnismäßig gut verwenden, um den Wert der durch vorzeitigen Tod verloren gehenden Arbeitszeit zu berechnen. Man braucht sich hierbei gar nicht an die von WITTSTEIN (41) und später von anderen verwendete Fiktion zu halten, wonach der Mensch als solcher einen bestimmten „Wert" repräsentiere, sondern kann ganz unabhängig hiervon einfach die Beträge berechnen, die der Volkswirtschaft dadurch verloren gehen, daß Menschen durch den Tod gezwungen werden, ihre Arbeit vor dem „normalen" Zeitpunkte einzustellen; bei Kindern ist statt dessen der Teil ihres künftigen Arbeitswertes einzusetzen, den sie bereits erworben haben. Andererseits ist bei dieser Berechnung im Gegensatz zu der bei der Morbidität vorgenommenen zu beachten, daß die Toten nichts mehr verzehren, und hierfür ein angemessener Betrag in Abzug zu bringen.

Eine solche Berechnung ist von K. FREUDENBERG durchgeführt worden (42); sie stützt sich auf die Berliner Sterbetafel für die Jahre 1906–1910 und die Berliner Todesursachenstatistik für die gleiche Zeit und gilt für eine nach diesen Sterbetafeln stationäre Bevölkerung mit jährlich 1 250 000 Geburten; die Geldwerte sind wieder nach den Verhältnissen der Friedenszeit eingesetzt. Daraus ergab sich folgende Tabelle:

Todesursache	„Wert" der jährlich vernichteten Menschenleben in Millionen Mk.
Akute ansteckende Kinderkrankheiten	286
Tuberkulose	2332
Sonstige Allgemeininfektionen (einschl. Geschlechtskrankheiten und und Zoonosen)	376
Vergiftungen	172
Äußere Einwirkungen	572
Tumoren	1339
Sonstige Entwicklungs- und Ernährungsstörungen	348
Herz- und Gefäßkrankheiten (einschl. Gehirnschlag)	2045
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	372
Bronchitis	69
Pneumonie	567
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	404
Krankheiten der Verdauungsorgane	742
Krankheiten der Harnorgane	497
Folgen von Schwangerschaft und Geburt (einschl. Kindbettfieber)	155
Sonstige nichtvenerische Krankheiten der Geschlechtsorgane	49
Andere und unbekannte Todesursachen	273
Zusammen	10598

Dies ist also der tatsächliche Verlust bei volkswirtschaftlicher Betrachtung. Individualwirtschaftlich betrachtet, zeigt sich allerdings nur ein sehr kleiner, vergleichsweise überhaupt verschwindender Teil dieses Verlustes in den Witwen- und Waisenrenten der Sozialversicherung und in den Leistungen verschiedener Formen öffentlicher Fürsorge. Als positive, allerdings zahlenmäßig nicht feststellbare Verluste der Einzelwirtschaften sind dann noch die Kapitalien zu buchen, durch deren unproduktives Verzehren die Hinterbliebenen vorzeitig Verstorbener ihr Leben fristen, und schließlich — dies ist der Hauptposten — die Differenz zwischen Einkommen des Ernährers und Rente nebst sonstigen Einnahmen der Hinterbliebenen, die durch Herabdrücken der Lebenshaltung oder Frauen- oder gar Kinderarbeit ausgeglichen werden muß.

Aber dieser individualwirtschaftlich erfaßbare Verlust erschöpft den volkswirtschaftlichen in keiner Weise. Man erkennt dies deutlich an dem Beispiel eines gänzlich allein stehenden Junggesellen, dessen Tod also individualwirtschaftlich überhaupt keine Lücke hinterläßt. Trotzdem ist der Ausfall seiner Arbeitsleistung vorhanden, vermindert nicht etwa um die volle Summe der Beträge, die er noch ausgegeben hätte, sondern nur um diejenigen Werte, die er tatsächlich noch verbraucht hätte; hierzu gehören also nicht die Summen für Anschaffungen von Gegenständen, deren Substanz erhalten bleibt, wenn ein Besitzwechsel erfolgt, die daher volkswirtschaftlich bedeutungslos sind; hierzu gehört auch bei Verbrauchsgegenständen nicht der Teil des Preises, der in den Händen der Erzeuger und Händler verbleibt, also auch nicht einem tatsächlichen Verbrauche entspricht.

Wenn man in dieser Weise alle durch vorzeitigen Tod herbeigeführten Verluste der deutschen Wirtschaft erfassen könnte, so müßte man (für Friedensverhältnisse) auf den erwähnten Wert von 10,6 Milliarden Mark gelangen.

c) *Verluste durch das Vorhandensein hochgradig Minderwertiger.* Die hochgradig minderwertigen Elemente der Bevölkerung sind in keiner Sozialversicherung enthalten, es fehlen deshalb auch die Unterlagen für einen Analogieschluß auf die Gesamtbevölkerung. Eine Berechnung der durch diese Personen verursachten, gänzlich unproduktiven Kosten ist auch deshalb sehr schwer, weil Zustände, wie z. B. Geisteskrankheiten nach früherer Arbeitstätigkeit entstanden sein können (gleichgültig, ob die Veranlagung schon angeboren war oder nicht), wobei die so verlorene Arbeitszeit schon in der bei der Sozialversicherung errechneten und hieraus auf die Gesamtbevölkerung übertragenen enthalten wäre, während es sich ebenso gut auch um von Jugend auf bestandene Zustände handeln kann. Mandarf deshalb die aus dem folgenden sich ergebenden Zahlen nicht zu den unter *a*) erhaltenen addieren, weil sich eine teilweise Doppelberechnung ergäbe.

Nach einer Zusammenstellung von Grotjahn (43), die teilweise auf amtlichen Zählungen beruht, kommen in Deutschland auf 100000 Einwohner etwa 400 Geisteskranke und Idioten, 150 Epileptiker, 200 Trunksüchtige, 80 Taubstumme, 250 Verkrüppelte und 500 Lungenkranke im vorgeschrittenen Stadium, von denen etwa zwei Drittel die Anlage zu ihrem Leiden erblich überkommen haben. Über die Kosten, die hierdurch entstehen, ist leider keine unmittelbare Statistik möglich, da sich — wie erwähnt — die Beträge teils in der Statistik der Sozialversicherung finden, teils in denen der Armenpflege, teils direkt von der Privatwirtschaft getragen werden. Aber man kann nach obigen Ziffern schätzen, daß bei etwa 14 hochgradig Minderwertigen auf das 1000 der Bevölkerung etwa 10 hiervon völlig arbeitsunfähig sind, so daß sich hierbei allein an Arbeitsausfall etwa 1% des gesamten Volkseinkommens ergibt, welches in der Vorkriegszeit auf jährlich 40 Millionen Mark geschätzt wurde, also etwa 0,4 Milliarden Mark.

Hierzu kommen aber noch die hohen Sonderkosten, welche gerade durch diese Personen entstehen.

Nach Kraepelin und seinen Mitarbeitern (44) ergibt sich z. B., daß für die im Jahre 1905 in der psychiatrischen Klinik in München verpflegten Alkoholiker ein Zuschuß von über 21 000 Mark aus öffentlichen Mitteln erforderlich war. Rechnet man dies auf das ganze Reich um, so kommt man höchstens auf 2 Millionen Mark. In Wirklichkeit umfaßt dieser Betrag die Kosten der Trunksucht nur zu einem ganz kleinen Teil, weil sie zum großen Teil in ganz anderen Etatskapiteln erscheinen, z. B. als Armenpflege und sonstige Fürsorge für die Familien der Trunkenbolde, als Kosten für Trinkerheilstätten, Arbeitshäuser und nicht zum mindesten für Gefängnisse. Dazu kommen die von den Kranken oder ihren Angehörigen selbst getragenen Kosten, und schließlich bleibt auch hier wieder ein großer volkswirtschaftlicher Verlust durch Arbeitsausfall, der nicht als positive „Kosten" in Erscheinung tritt.

Ebenso verhält es sich auch mit den anderen Formen hochgradiger vererbter Minderwertigkeit. Dazu kommt der frühe Tod Minderwertiger, der zwar an sich wegen ihrer Unproduktivität keine neue Belastung darstellt, aber beim Vorhandensein von Hinterbliebenen die Notwendigkeit, für diese zu sorgen, weiter bestehen läßt. Zwar läßt sich auf allen diesen unsicheren Unterlagen und der Schwierigkeit der Abgrenzung keine Gesamtzahl angeben, welche Verluste der Gesamtwirtschaft durch das Vorhandensein hochgradig Minderwertiger entstehen, sicher ist aber, daß es sich um sehr erhebliche Summen handelt.

d) Zusammenfassung. Nach einer 1885 vorgenommenen Untersuchung, über die Gottstein (45) berichtet (s. auch Bd. VI, S. 363), wurden als Ursachen der Unterstützungsbedürftigkeit ermittelt

Krankheit	*27,9%*	Trunksucht	2,0%
Tod des Ernährers	*17,2%*	Große Kinderzahl	7,2%
Altersschwäche	*14,8%*	Arbeitslosigkeit	6,0%
Gebrechen	*12,4%*	Arbeitsscheu	1,4%
Unfälle	*3,3%*	Unbekannt	7,8%

Danach war also die Notwendigkeit einer Unterstützung aus Mitteln der öffentlichen oder privaten Wohlfahrtspflege in nicht weniger als 75,6% aller Fälle bzw. 82,0% aller Fälle mit bekannter Ursache durch rein gesundheitliche Momente bedingt.

Die Kosten, die der Öffentlichkeit durch minderwertige Elemente entstehen (eine Scheidung nach angeborener oder erworbener Minderwertigkeit war nicht möglich), hat Jens (46) für Hamburg und das Jahr 1906 berechnet. Er berücksichtigte dabei alle Ausgaben der Sozialversicherung, die Aufwendungen des Staates für den Unterricht schwachsinniger Kinder, Zwangserziehung, Waisenpflege, Armenunterstützung, Kranken- und Irrenpflege, schließlich die Leistungen der privaten Wohltätigkeit. Hierbei ergaben sich insgesamt Ausgaben der reichsgesetzlichen Versicherungsträger von 16,0 Millionen Mark, des hamburgischen Staates von 9,8 Millionen Mark und der privaten Wohltätigkeit von 5,8 Millionen Mark, im ganzen also 31,6 Millionen Mark. Da die Einwohnerzahl des hamburgischen Staatsgebietes damals 890 000 Personen betrug, ergab sich also eine jährliche Ausgabe von 36 Mark auf den Kopf der Bevölkerung.

Wollte man hiernach diese Ausgaben auf das ganze Reich umrechnen, so erhält man — etwas zu hoch, weil die Ausgaben in Hamburg die durchschnittlichen übertreffen — etwa 2,2 Milliarden Mark, richtiger also rund 2 Milliarden Mark. Mit dieser Zahl stimmt die Gesamtheit der ordentlichen Ausgaben der Sozialversicherung, die 1913 fast 1 Milliarde Mark erreichten, gut überein.

Rechnet man hierzu noch Ausgaben für Personen, die nicht der Sozialversicherung unterliegen und auch nicht aus öffentlichen Mitteln unterstützt werden, mit einem — ganz grob geschätzten Betrage von 1 Milliarde Mark, so erhält man — immer für Vorkriegsverhältnisse — einen privatwirtschaftlichen Verlust von jährlich insgesamt 3 Milliarden Mark.

Demgegenüber ergibt der im vorstehenden berechnete volkswirtschaftliche Verlust durch Krankheit (einschließlich aller „Gebrechen" sowie Unfälle) sowie durch vorzeitigen Tod etwa je 10 Milliarden, zusammen also etwa 20 Milliarden Mark. Diese beiden einander gegenüberzustellenden Zahlen von 3 und 20 Milliarden Mark mögen nun beliebig ungenau sein: Sicher ist auf jeden Fall, daß der weit größere Teil des Gesamtverlustes privatwirtschaftlich gar nicht als positive „Kosten" in Erscheinung tritt, sondern als nicht geleistete Arbeit verloren geht. Ferner sieht man, daß der Verlust der deutschen Volkswirtschaft durch gesundheitliche Schäden aller Art neben dem tatsächlichen Volkseinkommen eine sehr bedeutende Rolle spielt.

Als Ursache steht in weitaus erster Linie die Tuberkulose, dann folgen die Herz- und Gefäßkrankheiten als Krankheiten vorzeitigen „Aufbrauchs", dann Tumoren, dann Unfälle.

3. Die Ersparnisse durch sanitäre Maßnahmen.

Die vorstehenden Berechnungen beziehen sich — wie mehrfach erwähnt — auf die Verhältnisse, wie sie im Deutschen Reiche etwa in dem Zeitraume 1901 bis 1913 tatsächlich bestanden. Es war damals nicht nur die Zeit des stärksten, bisher gekannten wirtschaftlichen Aufschwunges, sondern auch der gesundheitliche Stand hatte in vierzigjähriger ununterbrochener Aufwärtsentwicklung seine größte Höhe erreicht; (die noch günstigeren Verhältnisse der Jahre 1921—1925 können hier unberücksichtigt bleiben, da ihre Deutung umstritten ist). Das Ausmaß dieses gesundheitlichen Aufstieges ersieht man am besten und schnellsten aus folgenden bekannten Ziffern (47):

Jahre	Nach den aus den Beobachtungen dieser Jahre abgeleiteten Sterbetafeln betrug die Lebenserwartung eines Lebendgeborenen	
	männlichen Geschlechts	weiblichen Geschlechts
	Jahre	
1871/72–1880/81	35,58	38,45
1881—1890	37,17	40,25
1891—1900	40,56	43,97
1901—1910	44,82	48,33

Auf die finanzielle Bedeutung des gesundheitlichen Aufstieges der Vorkriegszeit hat schon Pettenkofer hingewiesen, der berechnete, daß in München im Jahre 1892 im Vergleiche zu 1877 allein durch verminderte Krankheitskosten jährlich 2,5 Millionen Mark gespart wurden, das sind 7,8 Mark auf den Kopf der Bevölkerung; Abel (48), der diese Berechnung anführte, fügte hinzu, daß hierin die mehr geleistete Arbeit noch nicht enthalten ist, die früher wegen Krankheit ausgefallen wäre; dazu kommt dann noch der Arbeitsgewinn durch längere Lebensdauer überhaupt.

Diese Entwicklung war zwar nicht auf Deutschland beschränkt, sondern ging in ähnlicher Art, wenn auch nicht allenthalben in gleicher Intensität, in allen Ländern des europäischen Kulturkreises vor sich; doch braucht man aus dieser Gleichsinnigkeit nicht etwa zu schließen, daß es sich hierbei um eine „natürliche",

von der menschlichen Tätigkeit unabhängige Entwicklung gehandelt hätte, sondern es zeigt sich hierin nur die Gleichheit der Folgen bei gleichen Ursachen. Diese Ursachen liegen teils in der Entwicklung der Wirtschaft, teils aber auch in den sanitären Maßnahmen (und therapeutischen Fortschritten), die zweifellos an der erreichten Lebensverlängerung einen großen Anteil haben, wenn er auch nicht im einzelnen ausgesondert werden kann. Immerhin läßt sich an einigen Fällen, in denen der ursächliche Zusammenhang verhältnismäßig deutlich festgestellt werden kann, zeigen, welche Werte an Leben und Gesundheit durch sanitäre Maßnahmen bereits gerettet werden.

Das deutlichste Beispiel hierfür bietet die erfolgreiche Bekämpfung der *akuten Infektionskrankheiten*. So hat für die charakteristischeste unter diesen Krankheiten, nämlich die Pocken, K. Freudenberg (42) aus dem Material der Berliner Statistik berechnet, daß, wenn man die Menschenwertverluste der Epidemie von 1871 auf die jetzige Bevölkerung des Deutschen Reiches umrechnet, man für ein einziges solches Epidemiejahr einen Wertverlust durch vorzeitige Vernichtung von Menschenleben in Höhe von 3 Milliarden Mark (Vorkriegswert) erhält; diese — also auch materiell — ungeheuere Gefahr, wird durch eine jährliche Ausgabe für Impfzwecke, die noch nicht den 1000. Teil dieser Summe beträgt, abgewendet!

Ferner hat Gottstein (30) aus den vorhandenen Angaben über Alter und Einkommen der Opfer der Hamburger Choleraepidemie von 1892 dargelegt, daß allein die Kosten für die aus öffentlichen Mitteln durchzuführende Erhaltung und Erziehung der Waisen sehr hoch gewesen sein müssen und doch das Fehlen von Mitteln noch die volle Entwicklung des in manchen steckenden Wertes verhindert haben dürfte. Daß bei dem jetzigen Stande unserer öffentlichen Gesundheitspflege derartige Katastrophen nicht mehr eintreten können, bedeutet also auch eine entsprechende Ersparnis an öffentlichen und privaten Aufwendungen.

Weiter hat G. Meier (49) aus den Erfahrungen bei der Typhusbekämpfung im Regierungsbezirk Merseburg, die er auch auf Analogieschlüsse aus den Ergebnissen der Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches stützte, berechnet, daß durch eine Ausgabe von 40 Goldmark ein Typhusfall und durch eine solche von 400 Goldmark ein Todesfall an Typhus verhindert werden kann; die Zahlen stammen allerdings aus der Inflationszeit und sind zur Umrechnung auf Vorkriegsverhältnisse etwa zu verdoppeln. Auf jeden Fall zeigt sich, daß auch diese Kosten produktiv verwendet wurden, d. h. daß dadurch — von Imponderabilien ganz abgesehen — weit höhere Kosten für die Volkswirtschaft vermieden wurden.

Nicht so in die Augen springend wie der Siegeszug der Hygiene gegen die akuten Infektionskrankheiten, aber nicht minder erfolgreich war die Bekämpfung der *Tuberkulose*. Allerdings liegen hier die Verhältnisse wegen der zahlreichen in Konkurrenz stehenden Faktoren, die sowohl bei der Ausbreitung als auch bei der Bekämpfung der Tuberkulose zusammenwirken, so kompliziert, daß eine zahlenmäßige Bewertung der Erfolge und namentlich ihrer einzelnen Komponenten äußerst unsicher ist.

Als wichtigsten Faktor bei der Zurückdrängung der Tuberkulose betrachtet man das Heilstättenwesen. So ergibt sich aus dem letzten Vorkriegsbericht der Landesversicherungsanstalt Berlin (50), daß von den 1902 nach einem Heilverfahren entlassenen männlichen Tuberkulösen 16,4% ohne Erfolg behandelt waren, 37,9% zunächst erwerbsfähig waren und es einen Teil der Zeit bis Ende 1913, und zwar durchschnittlich 4,2 Jahre lang, blieben, während 45,7% am Ende des Jahres 1913 noch erwerbsfähig waren. Es sind also auf je 100 Behandelte nachher noch 37,9. 4,2 und mindestens $45{,}7 \cdot 12$, d. h. mindstens 707,6 Jahre, also sicher weit mehr als 7 Jahre für den Durchschnitt aller Behandelten an er-

werbsfähigem Leben geblieben. Nun ist aber bekannt, daß viele in Tuberkuloseheilstätten Behandelte gar nicht oder doch nicht ernstlich tuberkulös waren, so daß sie auch ohne besondere Behandlung noch sehr lange arbeitsfähig geblieben wären; zahlenmäßig läßt sich dies zwar nicht erfassen, immerhin ergibt sich aus den von Grotjahn (32) geschätzten Ziffern, daß er nur ein Zehntel aller „Erfolge" als wirkliche Erfolge gelten läßt. Hält man sich an diese wohl eher zu pessimistische Ziffer, so kann man die tatsächliche Verlängerung der Arbeitsdauer der so Behandelten auf etwa 1 Jahr schätzen; auch dann noch bleibt der Gewinn für die Volkswirtschaft weit höher als die Kosten einer Heilstättenkur, die sich 1913 bei der Landesversicherungsanstalt Berlin durchschnittlich einschließlich der Beträge für Verzinsung und Amortisation des Heilstättenbaues auf etwa 450 Mark, bei der Gesamtheit aller Träger der Invalidenversicherung im ganzen Reiche sogar nur auf 395 Mark beliefen.

Wichtiger noch wäre freilich, wie z. B. Grotjahn (32) betont, daß durch Heilstättenbehandlung nicht nur Lebens- und Arbeitsjahre für die bereits Erkrankten gewonnen würden, sondern auch durch eine Asylierung der schweren Fälle Gesunde vor der Ansteckung geschützt würden. Wenn es auch keine Möglichkeit gibt, die hierbei zu erzielenden Erfolge zahlenmäßig zu erfassen, so ist doch sicher, daß sie — auch rein in Geldwert gerechnet — weit höher als die dafür erforderlichen Ausgaben wären.

Neben diesen Maßnahmen ist auch immer zu bedenken, daß natürlich jede unterbliebene Zeugung eines Tuberkulösen mit großer Wahrscheinlichkeit die Rettung materieller Werte bedeutet, welche besser für die Elemente verwendet werden könnten, deren Erhaltung und Fortpflanzung vom Standpunkte des Gemeinwohls aus wünschenswerter wäre.

Auch im übrigen ist jede derartige Ersparnis durch Vermeidung der Zeugung voraussichtlich minderwertiger Individuen bisher ein theoretisches Postulat geblieben. Dieses Postulat geht allerdings vielfach so weit, daß man bereits gezeugte mutmaßliche Minderwertige durch Abtreibung beseitigen will; selbst wenn man für einige Gebrechen anerkennen wollte, daß der Erbgang genau genug bekannt sei, um eine solche Maßnahme zu rechtfertigen, wäre dazu doch zu sagen, daß es sich hierbei um so seltene pathologische Zustände handelt, daß ihre etwaige Verhütung quantitativ unerheblich und deshalb für die soziale Hygiene bedeutungslos wäre.

Im Gegensatz zu den bisher erwähnten sanitären Maßnahmen, bei denen die Erfolge die Kosten weit überragen, gibt es auch solche, bei denen für einen geringen Erfolg ein unverhältnismäßiger Aufwand vertan wird. Als Beispiel dieser Art erwähnt M. Hahn (51) die Trichinenschau, die vor dem Kriege jährlich mindestens 8 Millionen Mark kostete und dadurch überflüssig gemacht werden könnte, daß die Bevölkerung einfach lernte, auf den Genuß von rohem Schweinefleisch zu verzichten; und wenn man dies unberücksichtigt läßt, bleibt noch immer das groteske Mißverhältnis bestehen, daß — wie Hahn es ausdrückt — „zum Schutze des Lebens eines Hackepeteressers" etwa 200mal soviel ausgegeben wurde wie für einen dauernden Heilerfolg bei einem wegen Tuberkulose Behandelten.

Bei der großen wirtschaftlichen Bedeutung der *Unfälle*, namentlich der Betriebsunfälle, und bei der großen Aufmerksamkeit, die seitens der Beteiligten, besonders der Versicherungsträger, der Unfallverhütung geschenkt wird, wäre es von hohem Interesse, die durch Unfallverhütungsmaßnahmen erzielten Erfolge zahlenmäßig erfassen zu können. Am ehesten müßte dies für den Bergbau möglich sein, in dem Unfälle besonders häufig sind und der im Gesteinstaubverfahren ein spezifisches Mittel zur Verhütung der Unfälle durch Schlagwetter und damit zur Einschränkung der Unfallhäufigkeit überhaupt zur Verfügung hat. Aber auch

über den Anteil dieses Verfahrens an der Verminderung der Unfälle sind nur ganz vage Schätzungen möglich, weil diese ohnedies von verschiedenen anderen Momenten, z. B. Extensität und Intensität der Arbeit, abhängen und außerdem wegen der gerade in diesen Zahlen stark hervortretenden Massenunfälle einen sehr hohen Lexisschen Dispersionskoeffizienten haben.

Es liegt also leider noch kein Material vor, auf Grund dessen man neben die Kosten der Unfallverhütungstätigkeit ihre Erfolge stellen könnte.

IV. Die Wechselwirkung zwischen Wirtschaft und Gesundheit.

Daß innige Wechselbeziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit bestehen, wurde — obwohl geradezu selbstverständlich — bereits hervorgehoben. Indessen ist die Korrelation zwischen diesen beiden durchaus nicht eindeutig, und es treten in der Wirklichkeit auch stets noch andere Faktoren in die Gleichung ein.

Wie aus allem bisher Gesagten ohne weiteres hervorgeht, bewirkt die stets vorhandene Konkurrenz solcher Faktoren, daß eine quantitative Analyse der Beziehungen für den heutigen Stand der soziologischen Forschung noch nicht möglich ist. Rein begrifflich kann man sich indessen dem Ziele nähern, wenn man vorgeht wie der Astronom, der wegen der Unlösbarkeit des „Dreikörperproblems" zunächst die Anziehung zwischen den einzelnen Planeten völlig außer acht läßt und nur die Verhältnisse betrachtet, die sich aus der Anziehung zwischen der Sonne und einem einzelnen Planeten ergeben; erst von dieser Erkenntnisstufe aus erfolgt dann schrittweise die weitere Annäherung an die Wirklichkeit. So muß man das hier vorliegende Problem so anfassen, daß man zunächst mit einer völlig freien Wirtschaft rechnet und im Sinne der volkswirtschaftlichen Klassiker, also vor allem von Adam Smith (52) annimmt, jeder Mensch sei grundsätzlich auf seinen eigenen Vorteil bedacht und wisse ihn — wenigstens im theoretischen Idealfalle — auch sachgemäß wahrzunehmen.

Dann ergibt sich — theoretisch — die Möglichkeit, die Beziehungen zwischen wirtschaftlicher Betätigung, also im allgemeinen Arbeit, und gesundheitlicher Wirkung zu berechnen. Man muß nämlich nach dem Fechnerschen Gesetze und in Anlehnung an die „Grenznutzentheoretiker", also Menger (53) und seine Nachfolger annehmen, daß der subjektive Arbeitsertrag nur proportional dem Logarithmus der Arbeitsleistung zunehme; dabei muß als heuristische Hypothese die erwähnte Fiktion aufrecht erhalten werden, jeder Arbeitende verwende seinen Arbeitsertrag vernunftgemäß, d. h. im Interesse seiner Gesundheit. Ferner ist eine Annahme über die gesundheitliche Wirkung der Arbeit erforderlich, und diese kann wohl nur so gemacht werden, daß Arbeit in kleineren Umfange die Gesundheit fördert, dann indifferent wird und schließlich bei weiterer Fortführung sie in immer mehr zunehmendem Ausmaße schädigt. Hieraus ergibt sich als nächstliegender analytischer Ausdruck die Parabel des schief aufwärts gerichteten Wurfes.

Daraus ergibt sich die Gesundheitsförderung infolge der Wirkung des Arbeitsertrages, wenn jene mit s und die Arbeitsmenge mit l bezeichnet wird als:

$$s = a \log l + b .$$

Andererseits ergibt sich die unmittelbare Förderung (bzw. bei negativem Vorzeichen Schädigung) der Gesundheit durch die Arbeit entsprechend dem Inhalt der durch die Fallparabel begrenzten Fläche als:

$$s = c b^2 - d l^3 .$$

Es kommt nun darauf an, die gesamte Gesundheitsförderung zu einem Maximum zu machen, also die Formel aufzustellen:

$$a \log l + b + c l^2 - d l^3 = \text{Max.},$$

d. h.

$$\frac{a}{l} + 2cl - 3dl^2 = 0,$$

$$l^3 - \frac{2c}{3d} l^2 - \frac{a}{3d} = 0.$$

Hierbei bedeuten a, b, c, d Konstante, von denen b bei der Berechnung ausfällt. Das ganze Problem besteht also darin, die Parameter a, c, d zu ermitteln. Die Bestimmung von c und d muß Aufgabe der Arbeitsphysiologie sein, während a in erster Linie die Wirtschaftsstatistik angeht.

In Ermangelung numerischer Werte der Parameter zeigt allerdings die Diskussion der aufgestellten Gleichung nicht mehr, als auch eine nichtmathematische Überlegung ergibt, daß nämlich das Maximum an gesundheitlichem Ertrag (weil $\frac{a}{l}$ auf jeden Fall positiv bleibt) erst bei einem Werte von l erreicht wird, bei dem $2cl - 3dl^2$ schon negativ ist, d. h. bei dem die Arbeit an sich die Gesundheit schon schädigt, da der Arbeitsertrag an dieser Stelle gerade noch ausreicht, die an sich eintretende Schädigung auszugleichen.

Unter l war hier immer die Arbeitsleistung verstanden; wollte man diese in der oben aufgestellten Gleichung durch die Arbeitszeit substituieren, so würde die Formel wesentlich verwickelter, da die Beziehungen zwischen Arbeitszeit und Arbeitsleistung nicht linear sind.

Nochmals sei darauf hingewiesen, daß es sich hier um Abstraktionen handelt, die in der Wirlkichkeit keine unmittelbare Stütze finden. Daß sie nötig sind, um überhaupt das Problem ins Auge zu fassen können, zeigt, wie wenig wir uns bisher einer wirklichen, nämlich quantitativ ausdrückbaren Lösung angenähert haben. Wir stehen ungefähr dort, wo die Naturforscher des Altertums standen, als sie wußten, daß manche Körper auf dem Wasser schwimmen und andere nicht, ohne aber die Größe des Auftriebes zu kennen; der Archimedes der Sozialhygiene ist noch nicht erstanden!

Mannigfache Faktoren beeinflussen noch die Wechselwirkungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit; vor allem Bildungsstufe und Denkungsart der Bevölkerung und andererseits gewaltsame Eingriffe des Staates oder anderer Machthaber.

So ging der organisch gewordene Aufschwung der deutschen Wirtschaft im Zeitraume nach 1871 zusammen mit einer gewaltigen Hebung des gesundheitlichen Niveaus der gesamten Bevölkerung; zwar läßt sich nicht exakt abgrenzen, wie weit diese Hebung Ursache, wie weit sie Folge war, aber hinlängliche Anzeichen sprechen dafür, daß sie überwiegend Folge der wirtschaftlichen Blüte war. Die ständige *Erhöhung der Einkommen* diente der Verbesserung der Wohnungen, soweit dies nicht durch allzu schnelle Großstadtagglomeration verhindert wurde, ferner der Hebung des Verbrauches an wichtigen Nahrungsmitteln — besonders Fleisch — und an harmlosen Genußmitteln, wie Kaffee und Tee; dagegen war der Alkoholverbrauch seit der Jahrhundertwende in ständigem Rückgange begriffen. Anders dagegen wirkten die nicht aus blühender Wirtschaft entstandenen, sondern von außen diktierten Einkommensteigerungen breiter Schichten in der Nachkriegszeit; sie waren meist nicht von langer Dauer, da sie stets mit Notwendigkeit von einem Sinken des Geldwertes gefolgt waren; aber diese Unstetigkeit von Lohn- und Preisverhältnissen hatte wohl viel Anteil daran, daß die bereits an den geringen Alkoholverbrauch der Kriegszeit gewöhnte Bevölkerung diesen wieder steigerte;

er hat zwar im Rechnungsjahre 1925 den Friedenszustand noch nicht wieder erreicht, aber bei der ungeheueren Verarmung des ganzen Volkes durch die Inflation ist er heute verhältnismäßig bedeutender und deshalb ernster aufzufassen als früher.

Hierher gehört auch die Frage der *Arbeitszeit*; wenn wir auch das Optimum derselben noch in keinem Falle exakt bestimmen können, so können wir doch ruhig annehmen, daß die ständige Verkürzung derselben während des 19. Jahrhunderts gesundheitlich günstig wirkte; man kann den Rückgang der Mortalität während jener Zeit zwar nicht einfach als Folge der verkürzten Arbeitszeit allein ansehen, sondern er hing von vielen Faktoren ab; aber sicher hatte die Verkürzung, und zwar besonders der Frauen- und Kinderschutz, einen Anteil daran. Im Gegensatz zu dieser durch günstige Wirtschaftslage und technischen Aufschwung ermöglichten brachte die Nachkriegszeit manche Verkürzung der Arbeitszeit, die nicht auf den notwendigen wirtschaftlichen Voraussetzungen beruhte und — man kann ruhig sagen: deshalb — nicht den Gesundheitszustand hob, sondern ihn unter Umständen sogar schädigte. So ergab sich z. B. nach B. Heymann und K. Freudenberg (16), daß im Bergbau bei Einführung der Siebenstundenschicht paradoxerweise eine Steigerung der Tuberkulosemortalität eintrat, weil der durch die Schichtverkürzung entstandene Mehrbedarf an Bergleuten nicht so schnell durch gesundheitlich voll geeignete Männer gedeckt werden konnte. Weitere Beispiele für einen solchen, den Beweggründen eines gewaltsamen Eingriffs gerade entgegengesetzten Erfolg ließen sich bei hinlänglicher Analyse des Materials gewiß erbringen.

Eine vollständige Betrachtung der Wechselbeziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit müßte auch die *Kriminalität* berücksichtigen. Indessen wird erst eine verfeinerte Methodik imstande sein, festzustellen, wieweit primäre pathologische Veranlagung an dieser Störung des Wirtschaftslebens beteiligt ist und wie groß der Anteil wirtschaftlicher Ursachen daran ist, daß ein Mensch in diese auch gesundheitlich durchaus nicht indifferenten Abgründe sinkt. Auch Quetelets (54) geradezu fatalistische Auffassung „Il est un budget, qu'on paye avec une régularité effrayante, c'est celui des prisons, des bagnes et des échafauds" besagt nichts darüber, daß diese statistische Stabilität auf einer einzigen Ursache — sei sie konstitutioneller, sei sie wirtschaftlicher Art — beruhen müßte; wenn nur die beiden Faktoren voneinander unabhängig nach den Gesetzen des Zufalls wirkten, so müßte, wie v. Bortkiewicz (55) bewiesen hat, die Dispersion der Reihen genau so groß sein wie bei Abhängigkeit von einer einzelnen Ursache.

Die praktisch bedeutsamste Form, in der die Wechselbeziehungen zwischen Wirtschaft und Gesundheit und ihre Störungen hervortreten, stellt indessen wohl die *Sozialversicherung* dar. Ein näheres Eingehen auf dieses weite Gebiet ist allerdings in dem Rahmen einer allgemeinen Übersicht nicht möglich. Es sei hier deshalb nur nochmals darauf hingewiesen, daß vom Standpunkte der Volksgesamtheit aus nicht eine privatwirtschaftliche Anschauung angebracht ist, sondern nur die weiter schauende volkswirtschaftliche, und daß auch diese sich nicht mit der Betrachtung der Gegenwart begnügen darf, sondern immer versuchen muß, auch die Wirkung auf künftige Geschlechter vorherzusehen.

In dieser Hinsicht hat seinerzeit Schallmayer (56) Erörterungen vorgetragen, nach denen die Sozialversicherung im allgemeinen den Familien, die körperlich, geistig oder sittlich über dem Durchschnitt stehende Erbqualitäten aufzuweisen haben, Geld abnimmt, um es denen zuzuweisen, die unter dem Durchschnitt stehen; dadurch werde die hauptsächlich als Folge ungünstiger wirtschaftlicher Verhältnisse auftretende Kindersterblichkeit in jenen Familien gesteigert, in diesen vermindert, und beides müsse den Erbwert

der Bevölkerung verringern, falls sich nicht ein anderes Mittel zur Kompensation dieses Übelstandes finden und anwenden lasse. Doch beruhen diese Anschauungen auf theoretischen Überlegungen und nicht auf statistischen Untersuchungen, welche noch nicht in die verwickelten Verhältnisse der Wirklichkeit einzudringen vermochten. Teilweise sind die von Schallmayer vorgetragenen Gedankengänge sogar statistisch widerlegt worden, so von Prinzing (17) im „Handbuch der medizinischen Statistik" und in anderen Arbeiten, soweit sie nämlich davon ausgingen, daß eine hohe Säuglingssterblichkeit selektiv wirke; bei dieser Behauptung hatte sich Schallmayer nur auf die statistisch äußerst mangelhaften Veröffentlichungen eines bayerischen Medizinalbeamten stützen können. Für die Erfassung des Gesamtproblems der Erbwertwirkungen der Sozialversicherung ist hiermit überhaupt nichts gewonnen, namentlich, da die Frage der Wirkung auf die Natalität noch ungeklärt ist, und dies um so mehr, als gerade augenblicklich in der Natalität der einzelnen sozialen Schichten erhebliche Umwälzungen vor sich gegangen sind oder vielleicht noch immer vor sich gehen.

Die innigen Wechselbeziehungen zwischen Gesundheit und Wirtschaft treten in jeder Hinsicht in großen Zügen deutlich hervor; aber die Einzelheiten sind erst wenig mit exakten Methoden durchforscht. Infolgedessen ist es nicht verwunderlich, daß der *normale Ablauf* mit seinem gegenseitigen Emporbringen von Wirtschaft und Gesundheit, also seiner stark positiven Korrelation zwischen beiden Faktoren weit weniger in Erscheinung tritt als die *Störungen* dieses Ablaufs. Es ist ja bei einer Wissenschaft, die noch so in ihren Anfängen steht wie die, die die Grenzgebiete von Volkswirtschaftslehre und Medizin erforschen soll, natürlich, daß vorwiegend das Pathologische zur Beobachtung kommt, und ganz dem allgemeinen Entwicklungsgesetze der Wissenschaften folgend, wird sich allmählich als Krönung der sozialen Pathologie die soziale Physiologie entwickeln.

Literatur.

1. Bortkiewicz, L. v.: Bevölkerungswesen. Leipzig u. Berlin: Teubner 1919. — 2. Malthus, T. R.: Essay on the Principle of Population. 1. Aufl. 1798, 6. Aufl. 1826. Mehrere deutsche Übersetzungen. — 3. Gide, Ch. u. Ch. Rist: Geschichte der volkswirtschaftlichen Lehrmeinungen. 3. deutsche Aufl. Jena 1923. — 4. Grotjahn, A.: Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Berlin u. Wien 1926. — 5. Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung. Bearbeitet im Kaiserl. Statistischen Amte. Berlin 1910. — 6. Statistik des Deutschen Reichs Bd. 331. — 7. Teleky, L.: Die Statistik der rheinischen Krankenkassen 1922. Reichsarbeitsblatt 1924, S. 342, 375, 437, 464. — 8. Florschütz, G.: Allgemeine Lebensversicherungsmedizin. Berlin 1914. — 9. Medizinalstatistische Mitteilungen aus dem Reichsgesundheitsamte Bd. 23. — 10. Wassermann, R. v.: Volkswirtschaftliche Betrachtungen zur Steigerung der Tuberkulosesterblichkeit während des Krieges. Greifswald 1920. — 11. Gottstein, A.: Tuberkulose und Hungersnot. Klin. Wochenschr. 1922, Nr. 12. — 12. Roesle, E.: Die Bewegung der Bevölkerung in der Ukraine vor und nach dem Weltkrieg. Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. (N. F.) Bd. 1, S. 426. — 13. Kisskalt, K.: Die Sterblichkeit im 18. Jahrhundert. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 93, S. 438. 1921. — 14. Winkler, Fr.: Tuberkulose und Wohnung in Charlottenburg. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 22, H. 4. 1914. — 15. Die Berufssterblichkeit in Preußen. Statist. Korrespondenz Jg. 37, Nr. 35. 1911. — 16. Heymann, B. u. K. Freudenberg: Morbidität und Mortalität der Bergleute im Ruhrgebiet. Essen 1925. — 17. Prinzing, F.: Handbuch der medizinischen Statistik. Jena 1906. — 18. Koelsch, F.: Arbeit bzw. Beruf in ihrem Einfluß auf Krankheit und Sterblichkeit. In Mosse u. Tugendreich: Krankheit und soziale Lage, S. 154. München 1912. — 19. Sommerfeld, Th.: Handbuch der Gewerbekrankheiten. Berlin 1898. — 20. Mortality of Men in Certain Occupations in the Three Years 1910, 1911 and 1912. Supplement to the Seventy-fifth Annual Report of the Registrar-General for England and Wales. — 21. Rebentisch: Die Milzbrandstatistik der Lederindustrie-Berufsgenossenschaft 1906—1925. Zentralbl. f. Gewerbehyg. u. Unfall-

verhüt. Bd. 3. 1926. — 22. Freudenberg, K.: Die Sterblichkeit der Ärzte in Deutschland. Jahrb. f. Nationalökon. u. Statistik Bd. 122, S. 477. 1924. — 23. Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1915, bzw. 1926. — 24. Freudenberg, K.: Aus der Statistik der knappschaftlichen Versicherung im Ruhrgebiet. Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswiss. Bd. 26, H. 3. 1926. — 25. Die gewaltsamen Sterbefälle im Deutschen Reich im Jahre 1924. Wirtschaft u. Statistik Jg. 7, Nr. 1. 1927. — 26. Funk, J.: Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen. Mitt. d. Bremischen statist. Amts im Jahre 1911, Nr. 1. — 27. Bericht über die Medizinische Statistik des Hamburgischen Staates für das Jahr 1913. — 28. Flügge, C.: Über Beziehungen zwischen Tuberkulosesterblichkeit und Einkommen nach der „Hamburger Statistik". Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 36, H. 4. 1922. — 29. Weinberg, W.: Die Kinder der Tuberkulösen. Leipzig 1913. — 30. Gottstein, A.: Epidemiologie und Soziologie der akuten Infektionskrankheiten. Handb. d. soz. Hyg. u. Gesundheitsfürs. Bd. 5. Berlin 1926. — 31. Weinberg, W.: Der Einfluß der sozialen Lage auf Krankheit und Sterblichkeit der Frau. In Mosse u. Tugendreich: Krankheit und soziale Lage, S. 233. München 1912. — 32. Grotjahn, A.: Soziale Pathologie. 3. Aufl. Berlin 1923. — 33. Freudenberg, K.: Die Selbstmorde in Deutschland nach dem Kriege. Klin. Wochenschr. 1926, Nr. 1. — 34. Müller, Johannes: Der Geburtenrückgang. Jena 1924. — 35. Wolff, Hellmut: Die Fehlgeburten in Halle 1919—1921. Statist. Vierteljahrshefte der Stadt Halle 1922, Nr. 1. - 36. Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1924/25. — 37. The Registrar-General's Statistical Review of England and Wales for the Year 1924. — 38. Statistik des Deutschen Reichs (N. F.) Bd. 147. — 39. Fischer, Alfons: Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen. Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt. Bd. 3, H. 10. Berlin 1914. — 40. Das Ausscheiden der Invalidenrentenempfänger der Jahre 1891—1899 aus dem Rentengenuß. Amtl. Nachr. d. Reichsversicherungsamts 1906, 1. Beiheft. — 41. Wittstein, Th.: Mathematische Statistik und deren Anwendungen auf Nationalökonomie und Versicherungswissenschaft. Hannover 1867. — 42. Freudenberg, K.: Versuch zur Erfassung der wirtschaftlichen Bedeutung der einzelnen Todesursachen. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 103, H. 1. 1924. — 43. Grotjahn, A.: Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. Karlsruhe 1921. — 44. Kraepelin, Vocke u. Lichtenberg: Der Alkoholismus in München. München 1907. — 45. Gottstein, A., in Gottstein-Tugendreich: Sozialärztliches Praktikum. — 46. Jens, L.: Was kosten die schlechten Rassenelemente den Staat und die Gesellschaft? Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. Bd. 8, S. 213. 1913. — 47. Statistik des Deutschen Reichs Bd. 246. — 48. Abel, R.: Begriff, Bedeutung und Entwicklung der praktischen Hygiene. In R. Abel: Handb. d. prakt. Hyg. Jena 1913. — 49. Meier, G. u. H. Happe: Über die Produktivität der planmäßigen Typhusbekämpfung im Regierungsbezirk Merseburg. Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt. Bd. 23, H. 4. Berlin 1927. — 50. Verwaltungsbericht der Landesversicherungsanstalt Berlin für das Rechnungsjahr 1913. — 51. Hahn, M.: Darf ein Abbau auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege stattfinden? Dtsch. med. Wochenschr. 1924, Nr. 9. — 52. Smith, Adam: Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations. 1776. Mehrere deutsche Übersetzungen. — 53. Menger, K.: Grundsätze der Volkswirtschaftslehre. 1871. — 54. Quetelet, A.: Physique sociale. Bruxelles 1869. — 55. Bortkiewicz, L. v.: Kritische Betrachtungen zur theoretischen Statistik. Jahrb. f. Nationalökon. u. Statistik (3. Folge) Bd. 8. 1894. — 56. Schallmayer, W.: Was ist von unserem sozialen Versicherungswesen für die Erbqualitäten der Bevölkerung zu erwarten? Zeitschr. f. soz. Med. Bd. 3, H. 1. 1907.

Namenverzeichnis.

Abel 582.
Alter 223.
Althoff 279.
Appelius 360.
Aschaffenburg 107.
Aschenheim 360.

Baden, Luise von 229.
Basch, Lina 200.
v. Bergmann 278, 279.
Bernays 441.
Bernhard 404.
Biedert 439.
Biesalski 272.
Bismarck 361.
Blackwell 200.
Blumenthal 104.
Boas 133.
Bonhoeffer 405.
v. Bortkiewicz 558, 559, 587.
Bosse 361.
Brat 327.
Brehmer 34.
Brennecke 33, 235, 261.
Bruns 567.
Bülow 360, 361, 376, 377, 395, 397.
Büscher 403.

Cabot 200.
Chajes 377.
Chapin 200.

Dehmel 230.
Dersch 377.
Dettweiler 34.
Dietrich 68, 276, 279, 333.
Dix 74.
Dresel 8.
Düttmann 360, 361, 376, 377, 395, 397.

Ebermayer 68, 73.
Ebstein 44.
Engering 343.
Eschbacher 113.
Eschle 113, 132, 154.
v. Esmarch 274, 277, 380.
Ewald 361, 404.

Faltlhauser 206.
Fassbender 404.
Fischer 271, 275, 399, 578.
Flesch 229, 231.
Florschütz 486, 487, 562.
Flügge 572.
Förster 140.
Frank 277, 278, 294.
Fränkel 34.
Freudenberg 100, 270, 399, 439, 558, 566, 568, 574, 579, 583, 587.
Freund 490.
Friedmann, Anna 200.
Funk 570.

Gaebel, Käthe 438, 481.
Gaertner 320.
Gide 559.
Giese 446.
Goldmann 61, 63, 96, 184, 198, 223, 229.
Goldscheider 198.
Golebiewski 479.
Gottstein 1, 58, 103, 104, 178, 198, 270, 399, 562, 564, 573, 581, 583.
Grober 58, 68, 104, 150, 170, 175.
Grotjahn 104, 130, 151, 154, 173, 181, 399, 559, 574, 580, 584.

Hadlung 201.
Hahn 239, 240, 584.
Hanauer 366.
Harms 410, 414, 416.
Hauser 229, 238.
Haustein 2, 124.
Heagler 485.
Hellinger 231.
Hellpach 410, 411.
Herford 344.
Heubner 36.
Heyl, Hedwig 253.
Heymann 270, 566.
His 405.
Hitze 361, 404.
Hoffmann 53, 238, 239.
Howard 325.
Huntemüller 344.
Hüppe 1, 198.

Jaeger 240.
Janscheck 362.
Jens 581.

Karup 490.
Kaufmann 377, 379, 380, 399, 404, 408.
Kestner-Knipping 140.
Koch 117, 319.
Kolb 206.
Korte 319.
Koelsch 377, 417, 418, 566.
Klages 446.
Klemperer 209.
Knack 421.
Knepper 403.
Kranz 329.
Kraepelin 581.
Kraus, Friedrich 198.
v. Krehl 198.
Krohne 58, 104.

Lallemand 199.
Landsberg, Hedwig 201.
Lassar 333, 349.
v. Lauter 253.
Lenel 50.
Lennhoff 103, 486.
Lehmann 382, 383, 479.
Lehnert 480.
Levy-Rathenau, Josephine 425.
Lewinsky-Corvin 90, 92.
Lexis 585.
Leyden 34.
Liebenberg 442, 458, 459, 466.
Liebreich 277.
Liek 375, 404.
Lipmann 455.
Lohmar 377, 381, 384.

Macaulay 494.
Malthus 558.
Marfan 200.
Martius 198.
Maxwell 200.
Mayer, A. 200.
Mayer 140.
Mayet 560, 577, 578.
Menger 585.

Meier 583.
ter Meulen 201.
Meyer, G. A. 320, 321.
Moede 446.
Mollwo 492.
Moses 494.
Most 48.
Müller 361, 575.
v. Mundy 280.
Münsterberg 238.

Nägeli 405.
Neisser 34.
Neumann, Salomon 199.
Newsholme 117.
Nightingale 3.

Opitz 68, 69.
Osthof 337.

Pettenkofer 582.
Poppelreuter 528.
Prinzing 271, 365, 566, 588.
Pryll 403, 410.

Quételet 2, 587.

Rathbone 200.
Rebentisch 568.
Rebhuhn 449.
Reichardt 405.
Reimer 308.
Riedel 418.
Rist 559.
Röchling 351.
Romberg 199.
Rossolimo 557.
Rothschild 490.
Ruttmann 495, 496.

Salomon, Alice 200, 238.
Samter 5.
Schäfer 325.
Schallmeyer 587, 588.
Schlossmann 36, 399.
Schmidt, F. A. 198.
Schmidt 329.
Schob 113, 132, 183.
Schwéers 399.
Schweninger 198.
Seligmann 344, 348.
Silvester 325.
Simon 275.
Smith 585.
Spinner 68.
Stanley 3.
Stier 403, 405.
Stier-Somlo 68, 238, 240.
Strassmann 478.
Stursberg 404, 407.
Tallquist 559.
Taylor 440.
Teleky 44, 275, 365, 389, 509, 561.
Thiele 480.
Tugendreich 272.
Tüllmann, Anni 201.
Turgot 413, 414.

Unger 403.

Vetter 349.
Villaret 484.
Vincent de Paul 199.
Virchow 1, 64, 103, 178, 198.
Vives 199.
Vogel 275.

Walcher 320.
v. Wassermann 563.
Weber 480.
Weiler 384, 404.
Weinberg 572.
Winkler 564.
Winter 312.
Wittstein 579.
v. Woedtke 361.
Wolff 184, 451, 509.
Wuermeling 404, 406.

Zahn 362, 364.
Zitelmann 68.

Sachverzeichnis.

Abfälle 51.
Abfallstoffe 17, 21.
Aborträume 17, 21.
Absonderung 5.
Absonderungsanstalt 76.
Absonderungsräume 18.
Abteilungsärzte 45.
Abtreibungen 575.
Abzeichnen 544.
Affektlage 553.
Akademische Berufe 467.
Alkoholiker 299, 581.
Alkoholismus 574.
Alkoholkranke, Anstalten für 18.
Alkoholverbrauch 586.
Alkoholvergiftungen 567.
Altersabnützung 497, 503.
Altersblödsinnige 128.
Altersgebrechliche 122, 183.
Altersgliederung 96.
Altersgrenze 190.
Altersklassen 565.
Altersheime 99, 106, 127, 170, 179, 180, 184, 195.
—, Aufnahmebedingungen 189.
—, Aufgaben und Ziele 180.
—, Bedeutung für die Sozialhygiene 195.
—, Geschichtliche Entwicklung 101.
—, Größe und Gliederung 182.
—, Haushaltsplan 192.
—, Hausordnung 193.
—, Kosten 189.
—, Leistungen der verschiedenen Anstaltstypen 184.
—, Leistungen für den Pflegling 136.
—, Problem 96.
—, Träger 181.
—, Treibende Kräfte 101.
—, Wesen und Begriffsbestimmung 107.
—, Zweckbestimmung 108, 181.
Altersschwäche 99, 361.
Alterswerkstatt 192.
Ambulatorien 61.
Amerika 91.
Amerika, Badewesen in 349.
Anämie 486.
Anbrüchige 444.
Angestellte 70, 412.
Angestelltenversicherung 365, 395, 578.
Ankylostomiasis 567.
Anstalten, kleine 16.
—, mittlere 29.
—, öffentliche 9, 72.
—, Unterbringung in 4.
Anstaltsbehandlung 10, 71.
Anstaltsentbindung 235.
Anstaltsfürsorge 185.
Anstaltspflege 5, 85.
Anstaltspolitik 100.
Anstaltsüberführung 6.
Anstaltsunterbringung, gesetzliche Verpflichtungen 4.
Anstaltswesen 117.
Ansteckungen, Übertragung von 40.
Apoplexie 494.
Apotheke 47.
Apotheker 70.
Appendicitis 494.
Appendicitisoperation 89.
Arbeit 410.
—, produktive 412.
Arbeiter 412.
Arbeitersamaritervereine 311.
Arbeiterschutzvorschriften 418.
Arbeiterversicherung 363.
Arbeiterwohnungen 387.
Arbeitsbedingungen 467.
Arbeitsberichte 217.
Arbeitsberater 422.
Arbeitsfürsorge 420, 438.
Arbeitsgemeinschaft für Unfallverhütung 379.
Arbeitsgemeinschaften 399.
Arbeitshäuser 108.
Arbeitskraft 495, 530.
Arbeitskurve 551.
Arbeitslosenfürsorge 421.
Arbeitsnachweis 420, 425.
Arbeitsnachweisämter 435, 437.
Arbeitspersonal 47.
Arbeitsräume 18.
Arbeitsrecht 418.
Arbeitsschauuhr 551.
Arbeitsstätte, Klima der 566.
Arbeitsstätte des Lehrlings 486.
Arbeitstypus 541, 532.
Arbeitsteilung 416.
Arbeitsunfähigkeit 361.
Arbeitsverfall 411.
Arbeitsvermittlung, Landesämter für 436.
Arbeitszeit 147, 576, 579, 587.
Armenanstalt 105.
Armenhäuser 3, 104.
Armenpflege 362, 363.
Armenunterstützung 581.
—, Ursachen 362.
Arthritische Diathese 486.
Arznei 369.
Arzt, dirigierender 38.
Ärzte 568.
—, leitende 41.
—, Stellung im Krankenhaus 37.
—, Unterricht 8.
Ärztliche Berufsberatung 481.
— Aufgaben bei der Berufsberatung 474.
— Behandlung 369.
— Überwachung 299.
— Versorgung 148.
Ärztlicher Berufsberater 442.
— Eingriff 68.
Asoziale 415.
— Elemente 107.
Assistenten 40.
Assistentin, technische 44.
Asyl 107, 170.
Asylierung 126.
— ansteckend Tuberkulöser 121.
Asylwesen 107.
Atmungsgeräte 319.
Atmungsorgane 57.
—, Erkrankungen der 79, 83, 509, 577.
Atteste 290.
Audosgerät 323.
Aufmerksamkeitsprüfung 551.
Aufnahme in öffentliche Anstalten 72.

Aufnahmebedingungen 164, 189.
Aufnahmehäuser 18.
Aufnahmenkontrolle 63.
Aufnahmeverfahren 164.
Aufsichtsrecht im Krankenhauswesen Deutschlands. 15.
Aufzuchtswert 439.
Augenerkrankungen 498, 504.
Augenheilanstalten 19, 23.
Augenkrankheiten 81, 84.
Augenmaß 543.
Augenverletzungen 505.
Ausdauer 536.
Äußeren Bedeckung, Krankheiten der 57, 80, 84.
Ausbildung 467.
Ausbildungsstätten, berufliche 435, 458.
Ausleseformen 440.
Ausgaben 49.
Auskunftsstellenleiterin 473.
Außenarbeit 153.

Badeanstalten, Betrieb 340.
—, im Freien 336, 337.
Badeeinrichtungen 21.
—, im Freien 337.
Badegelegenheiten 334.
Badekleidung 336.
Baden im Freien 335.
— in geschlossenen Räumen 340.
Bäderwesen 333.
Badewesen 334.
— in Deutschland 346.
— Literatur 359.
Bahren 297.
Bakteriologische Untersuchungsabteilung 92.
Bau von Badeanstalten 345.
— und Betrieb der Krankenhäuser 58.
Baupolizeiverordnungen 19.
Beamtenkassen 367.
Beamtenverhältnis 70.
Beaufsichtigung 159.
Bedarf an Siechenhäusern 173.
Beerdigung 188.
Beerdigungsplätze 6.
Beförderungseinrichtungen 281.
Beförderungsmittel für Kranke 6.
Begutachtung, psychologische 530.
Behandlung, unentgeltliche 87.
Beinverletzungen 507.
Beiträge 190.
Bekleidung 144, 188.
Beköstigung 139, 187.
Beköstigungsordnung 140.
Belgien 13.
—, Badewesen 350.
—, Heilbadewesen 357.
Belichtung 21.
Beobachtungsabteilung 16.
Bergbau, Rettungswesen 319.
Bergleute, Mortalitätsziffern 566.
Bergwerksbetrieb 276.
Beruf 410, 564.
—, Akademische 467.
Berufliche Erkrankungen 66.
— Infektionen 567.
— Vergiftungen 567.
Berufsämter 420, 446, 459, 529.
Berufsarbeit 496.
Berufsauslese 565.
Berufsberater 528.
—, Vorbildung 471.
—, weibliche 473.
Berufsberatung 410, 419, 435, 457.
—, ärztliche Aufgaben 474.
—, berufskundliche Unterlagen 466.
—, gesetzliche Grundlagen 425, 434.
—, Grundlagen 443.
—, Notwendigkeit der 438.
—, Organisation 446.
—, psychologische 528.
Berufsberatungsstellen 447.
Berufsberatungsstellenarzt 479.
Berufserkrankungen 74.
Berufsfähigkeit 423, 483.
Berufsfragebogen 448.
Berufsfürsorge 226, 383.
Berufsgeheimnis 74.
Berufsgenossenschaften 10, 377, 569.
— und Heilbehandlung 381.
Berufshygiene 444.
Berufskrankheiten, gewerbliche 377.
Berufsmappe 466.
Berufsmortalität 571.
Berufspathologie 444.
Berufsphysiologie 444.
Berufspsychologische Fragen 455.
Berufsschädigungen 74.
Berufssterblichkeit 573.
Berufstauglichkeit 482.
Berufsunfähigkeit 361.
Berufswahl 442, 443.
Berufswechsel 415.
Berufswehr 328.
Berufswirkung 565.
Berufswünsche 441.
Beschäftigung 225.
Besoldungsverhältnisse 148.
Bettruhe 18.
Betrieb der Badeanstalten 343.
Betriebsbäder 345.
Betriebsführung 418.
Betriebsleiter 69.
Betriebsunfälle 584, 568, 569.
Betriebswohlfahrtspflege 258.
Betrunkene 289.
Beurlaubung 73.
Bewahrung 107, 109.
Bewegungsfähigkeit, Störungen der 499.
Bewegungsorgane, Krankheiten 57, 80, 84.
Bewußtlosigkeit 299.
Bezirkspflegeanstalten 183.
Bindehautentzündung 343.
Bleivergiftung 567.
Blindenanstalten 10.
Blutadern-Erweiterung 502.
Blutarme 510.
Blutungen 302.
Bodenfeuchtigkeit 16, 20.
Brausebäder 342.
Bronchitis 577.
Bruchleiden 510.
Buch, Hospital 122, 133.
Buchbinderei 414.
Bureaupersonal 45.

Carcinom 573.
Carcinommortalität 574.
Chirurgie 66.
Chirurgische Erkrankungen 86.
Chlorierung des Badewassers 344.
Cholera 581.
College of surgeons 15.
Chronisch Kranke 183.

Dampfbad 345.
Dänemark, Badewesen in 349.
Darmkatarrh 486.
Davits 314.
Denken, räumliches 545.
Depots 300.
Depressive 508.
Desinfektion der Wäsche 305.
— des Personals 305.
Desinfektionsabteilung 46.
Desinfektionsanstalten 297.
Desinfektionsapparate 6.
Desinfektionseinrichtung 18, 22.
Desinfektionshaus 18.
Desinfektionsordnung 303.
Desinfektor 46, 351.
Deutsche Gesellschaft für Volksbäder 333, 349.
— — zur Rettung Schiffbrüchiger 317.
Deutscher Ausschuß für Berufsberatung 425.

Deutscher Ausschuß für die gesundheitlichen Einrichtungen in Kur- und Badeorten 351.
— Bund für naturgemäße Lebens- und Heilweise 340.
Diabetes 562.
Diagnosen, unbestimmte 81, 84.
Diathese 484.
Diätschwestern 45.
Dienstanweisung 159, 162.
— des Kreizarztes 24.
— für Ärzte 288.
— für die Direktionen der Krankenhäuser 38.
— für die Krankenhausfürsorgerin 216.
— für Fahrer 300.
— für Heilgehilfen 290.
Dienstboten-Altersheime 189.
Diphtherie 6.
Direktion der Krankenhäuser 38.
Dispens 24.
Disposition 484.
Drägergerät, Modell 1921 322
Drägerwerk 321, 325.
Droschken 296.
Dynamometer 535.

Ehepaarhaus 139.
Eigenbetriebe 374.
Eigentümer 69.
Eingriff, ärztlicher 68.
Einnahmen 49, 50.
Einwilligung des Kranken 69.
Einzelzimmer 20, 22, 137.
Eisenbahn, Rettungswesen auf der 307.
Eisenbahnbetrieb 276.
Eisenbahnwagen 296.
Ekzem 497.
Elektrisches Bad 345.
Elternabende 461.
England 13.
Entbindungen 86.
Entbindungsanstalten 19, 23, 33, 203.
Entbindungskrankenhäuser 49.
Enteisenungsanlagen 338.
Entlassung 73.
Entlüftung 22.
Entmündigung 73.
Entwässerung 17.
Entwicklungskrankheiten 57, 77, 82.
Epileptiker 18, 22, 289, 299, 580.
Epilepsie 510.
Erblindung 499.
Erholungsheime 11.
— für Nervenkranke 18, 23.
Erholungsplatz 17.
Erkältungskrankheiten 510.
Ernährung 562.
Ernährungsstörungen 577.
Ersatzkrankenkassen 367.
Erste Hilfe 17, 21, 298, 380.
Erstickungsgefahr 302.
Ertrinken 271.
Ertrinkungsgefahr 281.
Erwärmung 17.
Erweiterungsbauten 19.
Erwerbsbeschränkte 530.
—, Werkstätten für 191.
Erwerbsfähigkeit 422.
Erwerbslose 423.
Erwerbsunfähigkeit 361.
Erbwert 587.
Erzieherinnen-Altersheime 189.
Erziehungsfürsorge 496.
Exaktheit 541.
Experiment 65.

Fabrikarzt 477.
Fabrikbäder 345.
Fachärztlicher Beirat 479.
Fachkrankenhäuser 203.
Fahrer, Dienstanweisung 300.
Familienhilfe 240, 367, 369.
Familienverhältnisse 496.
Familienwochenhilfe 370.
Fanok 12.
Farbenschwache 504.
Farbensinn 510.
Fehlgeburten 575.
Feinhantierung 540.
Fenster 16.
Fensterfläche 17.
Ferienkolonisten 19.
Feuergefahr 276.
Feuerwachen 295.
Feuerwehr 294.
Feuerwerk 317.
Finnland, Badewesen 350.
Flaggensignale 317.
Flugzeug 272.
— für Krankentransport 308.
— zum Transport Schwerverwundeter 308.
Flure 16.
Follow-up 92.
Formenunterscheidung 545.
Forschung und Unterricht 64.
Fortbildung der Ärzte 66.
Fragebogen 449, 481, 497.
Frankreich, Badewesen in 350.
—, Heilbadewesen 357.
Frauenerwerb 444.
Frauenheilkunde 36.
Frauenheim 131.
Frauenkliniken 205.
Freibetten 52.
Freie Vereinigung rheinischer Tuberkulosefürsorgestellen 401.
Frontwände 16.
Frühbehandlung 89.
Fürsorge, allgemeine 373.
— für Genesende 370.
—, nachgehende 94, 275.
Fürsorgedienst 225.
— im Krankenhaus 223.
Fürsorgegesetz 5, 87.
Fürsorgepflicht 108, 362.
Fürsorgerin 227.
Fürsorgeverbände 364.
Fürsorgewesen 180.
Fünfter Verband 11.
Füße, Formveränderungen 502.
Fußböden 16, 20.
Fußverletzungen 507.

Gänge 16.
Gasschutzgeräte 324.
Gasvergiftungen 324.
Gebäranstalten 13.
Gebäudeunterhaltung 50.
Gebiß, Sanierung 392.
Gebrechen 100.
Gebührenbezahlung 70.
Geburtenrückgang 575.
Gefangene 415.
Gefäßkrankheiten 577.
Gehälter 50.
Geisteskranke 22, 32, 93, 113, 289, 299, 580.
—, Anstalten für 18.
Geisteskrankheit 71, 503.
Geistige Mängel 510.
Gelenklockerungen 502.
Gelenkrheumatismus 498, 504.
Genauigkeit, beidhändige 556.
Genauigkeitsarbeit 540.
Genesungsheime 13, 61.
Genickstarre 6.
Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger 274.
Geschicklichkeit 533, 539, 556.
Geschicklichkeitsproben 539.
Geschlechtskranke, Beratungsstellen für 93, 391.
—, Heilbehandlung 391.
Geschlechtskrankenhäuser 204.
Geschlechtskrankheiten 6, 36, 57, 116.
Geschlechtsorgane, Krankheiten 80, 84.
Geschmack 506.
Geschmackssinn 511.
Geschmackssinnmangel 510.
Geschwindigkeit 541.
Geschwülste 78.
Geruch 506.
Geruchsinnmangel 510.
Gesamtmortalität 563, 570.

Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter 384.
Gesundheit 482.
—, Wirkung auf die Wirtschaft 576.
Gesundheitliche Mindestforderungen 351.
Gesundheitsfürsorge 91, 475.
— der Reichsversicherung 400.
Gesundheitskommission 353.
Gesundheitspolitik 87.
Gesundheitsstatistik 560.
Gesundheitszentrale 92.
Gewerbeärzte 380.
Gewerbeerkrankungen 66.
Gewerbegynäkologie 444.
Gewerbehygiene 567.
Gewerbemedizin 445.
Gewerbemediziner 443.
Gewerbliche Berufskrankheiten 377.
Gewichte und Maße der Tuberkulosen 493.
Giesbergscher Apparat 321.
Gliedmaßenverlust 500, 506.
Gonorrhöe 343.
Grippe 562.
Großbetriebe 529.
Grubenrettungswehr 328.
Grubenwehr 328.
Grundwasserspeisung 338.
Gutachterausschuß für das gesamte Krankenhauswesen 12, 49.
Güterproduktion 411.
Gutleuthäuser 102.
Gynäkologie 66, 444.

Habitus 484.
— phthisicus 486.
Hafenstädte 85.
Häftlinge 75.
Haftpflicht 73.
Haftpflichtgesetz 376.
Haftung des Arztes 69.
Hallenbäder 343.
Hallenschwimmbäder 344, 346.
Halswirbelerkrankungen 500.
Handel 415.
Handgeschicklichkeit 539.
Handkräfte 535.
Handmuskelkraft 531.
Handverkrüppelungen 510.
Handwerker 414.
Hantierung 539.
Harnorgane, Krankheiten 80, 84, 577.
Häufigkeit der Rentensucht 406.
Häufigkeitskurven 531.
Häufung alter Leute 96.
Haupttreppen 16.
Hausangestellten-Altersheime 189.
Hausbäder 345.
Hausfrauenberuf 444.
Hausgeld 370.
Hausgemeinschaft 187.
Haushalt des Krankenhauses 47.
Haushaltschulen 45.
Häusliche Dienste 433.
Hausoberin 161.
Hausordnung 154, 193.
Hauspflege 124, 229.
—, Arbeitsgebiet 234.
—, Ausland 268.
—, Begriffsbestimmung 229.
— bei Wöchnerinnen 234.
— für Entbindung 235.
—, Geschichte 233.
—, Gesetzliche Grundlagen 238.
— im Erkrankungsfalle 236.
—, Kosten 264.
—, Notwendigkeit 229.
—, Organisation 248.
—, Statistik der Leistungen 261.
—, Träger 242.
—, Wesen 229.
—, Wirken 237.
—, Ziele 229.
Hauspflegekassen 238, 241.
Hauspflegerin, Pflichten 255.
Hauspflegevereine 375.
Hausschwangere 34.
Hauterkrankungen 36, 497, 503, 510.
Hautkrebs 377.
Hautlüftung 334.
Hautreinigung 334.
Hebammen-Ausbildung 32.
Hebammenlehranstalten 10, 32.
Heer und Marine, Angehörige von 10.
Heeresverwaltung 25.
Heilbäder 355.
Heilbäderwesen 333, 350.
Heilbadewesen in anderen Ländern 357.
Heilbehandlung 381, 387, 477.
Heilgehilfen, Dienstanweisung für 290.
Heilmittel 369.
Heilquellen 350.
Heilstätten 3, 85.
Heilstättenwesen 583.
Heilverfahren 89.
— bei den Landesversicherungsanstalten 386.
— bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 396.
Heißluftbad 345.
Heiztechnik 63.
Heizung 21.
Herzkrankheiten 494, 510, 577.
Herzneurosen 486.
Hilfspersonal 42, 47, 281.
Hinweiswesen 281.
Hochgebirge 276.
Holland, Badewesen 350.
Höfe 16.
Hohenkrug 34.
Hospital Buch 122, 133.
Hospitalisierung 2, 76.
Hospitalismus 225.
Hospitalitergenossenschaften 102.
Hospize 102.
Hubhöhe 537.
Huster, alte 184.
Hygiene des Wohnhauses 3.
Hypochloridanlage 344.
Hysterie 503.

Individualismus 419.
Infektionen 577.
—, akute 86.
—, berufliche 567.
Infektionsabteilungen 40.
Infektionsbaracke 135.
Infektionskrankheiten 57, 77, 82.
—, akute 573, 583.
Infektionsverbreiter 118.
Inflationszeit 560.
Influenza 562.
Inhabad 326.
Injektorgerät 323.
Instrumente 50.
Intelligenz 534, 556.
—, optische 545.
—, praktisch technische 544.
—, schulisch-sprachlich-begriffliche 547.
Invalidenhauspflege 121.
Invalidenheime 391.
Invalidenrenten 385.
Invalidenversicherung 365, 385, 578.
Invalidität 70, 361, 365.
Invaliditätsdauer 578.
Irrenanstalten 10, 49, 71, 108, 127, 206.
Irrenpflege 581.
Irrenpfleger 67.
Italien, Heilbadewesen 357.

Japan, Badewesen 350.
Jubiläumshospital 13.
Jugendliche 417, 481, 495.

Karitasverband 11.
Katastrophen 273.
Kindbettfieber 577.
Kinderfürsorge der Landesversicherungsanstalten 393.

Kinderheilanstalten 49.
Kinderheilverfahren 393.
— bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 397.
Kinderkrankenhäuser 35, 44, 204.
Kinderkrankheiten 577.
Kinderkrippen 23.
Kirchliche Orden 2..
Klassenabteilungen 31.
Kleinkind 35.
Kleinkinderzeit, Ernährung 495.
Kleinrentner 130.
Klima 566.
Klinik für Gewerbekrankheiten 66.
— der Tuberkulose 402.
Knappschaftsgenossenschaft 383.
Knappschaftskrankenhäuser 10.
Knappschaftskrankenkassen 367, 372.
Knappschaftslazarette 49.
Knappschaftsversicherung 397.
Kohlensäurebad 345.
Kombinationsbogen 549.
Kommunalabgabengesetz 353.
Kongreß für das Rettungswesen 279.
Konkurrenzauslese 532.
Konstitution 484.
Konstitutionsanomalien 485.
Konstruktiv-technische Fähigkeit 546.
Kontoristin 457.
Kontrasoziale Elemente 108.
Konzession 25, 26.
—, Zurücknahme der 27.
Körperbau 494, 535.
Körperschwäche 497, 503.
Körperliche Gewandtheit 538.
— Ertüchtigung 225.
Korrektionäre 183.
Kosten der Altersheime 189.
— der Krankenhilfe 370.
— der Siechenhäuser 174.
Kostendeckung 190.
Kräfte, halbwertige 483.
Kraftwagen 272.
Krampfanfälle 508, 510.
Kranke, Zahl 367.
Krankenanstalt, Bauplatz 20.
—, Fenster 20.
—, Flure und Gänge 20.
—, Lage 19.
—, Treppen 20.
—, Türen 20.
—, Wände 20.
Krankenanstalten, größere 16, 19.
—, kleine 19.
—, Einteilung der 28/29.
Krankenarbeit 151.
Krankenauto 331.
Krankenbetten, Zahl der 146.
Krankenflugzeug 332.
Krankengeld 7, 54, 369.
Krankengeschichten 74.
Krankengruppen 113.
Krankengruppierung 127.
Krankenhaus als Lehranstalten 64.
—, Entlastung der 104.
—, kleines 28.
—, Stellung zur Gesundheitsfürsorge 91.
Krankenhausapotheken 30.
Krankenhausärzte, Stab von 90.
—, Stellung der leitenden 41.
Krankenhausaufenthalt, Dauer 86.
Krankenhausaufnahmen 85.
Krankenhausaufnahmeschein 298.
Krankenhausbau 56.
Krankenhausbehandlung 369
Krankenhausbetten, Zahl der 56.
Krankenhausfürsorge, soziale 44, 92, 198, 203.
—, Träger der sozialen 211.
Krankenhausfürsorgerin, Dienstanweisung 216.
—, soziale 213.
Krankenhausinsassen 85.
Krankenhauspflege 7, 54, 374.
Krankenhauspolitik 35.
Krankenhauswesen 4.
—, Entlastung des 55.
—, Geschichte des 1.
—, Träger des 8.
—, Verteurung 103.
Krankenhauszwang 87.
Krankenhilfe 368, 369.
Krankenkassen 10.
Krankenkassenmitglieder 86.
Krankenkassenpatienten 11.
Krankenküchenleiterin 45.
Krankenpflege 2, 7, 581.
Krankenpflegepersonal 42.
Krankenpflegerinnen 66.
Krankenpflegeschulen 43, 67.
Krankensonderung 113.
Krankentragen 296, 329.
Krankentransport 381.
Krankentransportwesen 274, 296.
Krankenverhütung 375.
Krankenversicherung 87, 365, 366, 561, 577.
—, Leistung der 368.
Krankenversicherung, Mitgliederstand 367.
Krankenwagen 296, 306.
—, Desinfektion 304.
—, Normung 306.
Krankenzimmer 16.
Krankheiten, allgemeine 78, 83, 84.
—, örtliche 83.
Krankheitsbereitschaft 485.
Krankheitsdauer 368.
Krankheitsformen 76, 85.
Krankheitsgruppen 57.
Krankheitstage 561.
Krebs 85.
Krebsforschung 402.
Krebsmortalität 573.
Krebsstation 128.
Kreisarzt 24, 349.
Kreislauforgane, Krankheiten 79, 83, 115.
Kreisverbände 9.
Kriegsbeschädigte 25.
—, tuberkulöse 120.
Kriminalität 587.
Krisenfürsorge 406.
Krüppel 35.
—, siecher 129.
Krüppelfälle 88.
Krüppelfürsorge 35, 129.
Krüppelfürsorgegesetz 93.
Krüppelheilanstalten 10, 19, 130.
Küchenbetrieb 46.
Künstler-Altersheime 189.
Kupferschmied 468.
Kurort 358.
Kur- und Badeort 352.
Kurtaxe 353.
Kurzsichtigkeit 510, 511.

Laboratorium 64.
Lähmungen 501.
Landesamt 437.
Landesämter für Arbeitsvermittlung 436.
Landesarbeitsamt, Hamburger 421.
Landesberufsämter 446, 458, 460.
—, Verzeichnis der deutschen 462.
Landesversicherungsanstalten 126.
—, Heilverfahren 386.
Landkrankenhäuser 391.
Länge und Gewicht 494.
Lastenausgleich 180.
Laufbahnberatung 457.
Lebensunterhalt 188.
Lebensverlängerung 89.
Lebensversicherung 574.
Leberkrankheiten 494.
Lehrerinnenheime 189.

Lehrstellenvermittlung 419, 435, 437, 458.
Leiche 290.
Leichenhaus 18, 22.
Leichenöffnungen 18.
Leichtbauten 59.
Leistenbrüche 500.
Leistung der Krankenversicherung 368.
Leistungen der Krankenkassen 372.
—, freiwillige, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 396.
Leistungsfähigkeit, körperliche 533, 534.
Leistungsfähigkeitsverminderung 497.
Leistungsurteil 530.
Letteverein 45.
Leuchtkugeln 317.
Lichtbad 335.
Literatur zu Appelius-Aschenheim 408.
Löhne 50.
Löscharbeiten 320.
Luftbad 335.
Luftkurorte 350.
Luftraum 17, 21.
Luft- und Sonnenbäder 339.
Lüftung 21.
Lüftungseinrichtung 17.
Luftverschlechterung 3.
Luftwärme 336.
Lungenentzündung 494, 562, 577.
Lungenfürsorgestellen 392.
Lungenheilanstalten 49.
Lungenheilstätten 18, 34.
Lungenkraftdosierungsgerät 322.
Lungenschwindsucht 85. 580.
Luxemburg, Badewesen 350.
Lymphocytose 486.

Mandelhypertrophie 486.
Männliche Berufe 431.
Manuelle Beatmung 325.
Marine und Heer, Angehörige von 10.
Maschineningenieur 46.
Maße 492.
Massenkatastrophen 273.
Massenunfälle 289, 290, 303.
Mastdarmfisteln 500.
Mastdarmvorfall 500.
Materialienverwalter 46.
Maurer, Mortalität 566.
Medikamente 50.
Medizinalpraktikanten 40, 66.
Mehrleistung 371.
Meldedienst bei Unfällen 295.
Meldewesen 281.
Menschenanhäufungen 272.
Merkfähigkeit für mündliche Bestellungen 546.
Migräne 486.
Militärarzt 477.
Militärlazarette 25.
Milzbrand 568.
Minderwertige 483, 580.
Mineralbad 345.
Mineralwasser 354, 357, 358.
Ministerialbestimmung über Bau und Betrieb von Anstalten 15.
Mißgestaltung 497.
Mittelstand 52.
Mittelstandskassen 87.
Mittelstandskrankenkassen 367.
Mohammedaner, Badewesen 350.
Moorbad 345.
Morbiditätsstatistik 560, 561.
Mortalität 561, 562, 565.
Mortalitätsziffer 563.
Mortalitätsziffern der Bergleute 566.
Muskelrheumatismus 497.
Mutterhäuser 67.
Mutterheim 34.
Mutterschaft 361. 418.
Mutterschaftsschutz 370.
Mütterberatungsstellen 370.

Nachbehandlung 290.
Nachtrettungsboje 313.
Nahrungsmittel 50.
Namensuchen 548.
Narben 497.
Nasenbeschädigung 499.
Natalität 559.
Naturgewalten 270.
Nebenräume 16, 139.
Nervenheilanstalten 18, 23.
Nervenheilstätten 18.
Nervensystem, Krankheiten 57, 78, 83.
—, organische Schäden 508.
—, Schäden 502.
Neubildungen 78.
Neurasthenie 113, 503.
Neuropathen 508.
Neuropathische Konstitution 486.
Neurosen 405, 486.
Nierenkrankheiten 494.
Normenausschuß 63.
Normisierung 63.
Norwegen 122.
—, Badewesen in 349.

Obduktion 74.
Oberschwester 43.
Öffentliche Anstalten 9, 25.
Öffentliches Badewesen 333.
— Recht 71.
Ohrenerkrankungen 36, 499, 506.
Ohrkrankheiten 81, 84, 510.
Operationen 69.
Operationszimmer 17, 22.
Orden, kirchliche 2, 67.
Ordnungsvorschriften für Heilgehilfen 293.
Orthopädische Anstalten 19.
Ortskrankenkasse 54, 374.
Österreich 12, 67.
—, Heilbadewesen 358.

Paralyse 502.
Parasitäre Krankheiten 77.
Pathologische Institute 92.
Pauperismus 574.
Pendelatmung 321.
Pensionierung 192.
Pensionsversicherung 398.
Pflegeanstalten 13, 125, 179.
Pflegeheim 173.
Pflegekosten 266.
Pflegepersonal 3, 17, 145.
Plattfuß 417, 502.
Pneumatophor 320, 321.
Pneumonie 494, 562, 577.
Pocken 583.
Polikliniken 61, 65, 206.
Pontonrettungsboot 316.
Porzellanarbeiter, Mortalität 566.
Praktikanten 65.
Praktische Arbeit der sozialen Krankenhausfürsorgerin 213.
Preußisches Wassergesetz 335.
Privatanstalten 10, 11, 26, 31, 71.
Privatdienstvertrag 70.
Privatentbindungsanstalten 26.
Privatirrenanstalten 26, 71.
Privatkrankenanstalten 26.
Privatpatienten 11.
Privatsanatorien 31.
Privatversicherung 74.
Produktive Arbeit 412.
Prognostik 483.
Propädeutik 447.
Prostituierte 75.
Provinzen 10.
Prüfserie 534.
Prüfungsbefund, psychologischer 533.
Prüfungsordnung 43, 65.
Prüfungsstelle für Krankenhauseinrichtungen 12.
Psychologische Berufsberatung 528.
— Methode 529.
Psychologischer Prüfungsbefund 533.
Psychopathen 444, 486, 508.

Psychotechnik 511.
Psychotechnisches Verfahren 532.
Pulmotor des Drägerwerks 327.

Quellenschutz 353.
Quellwasserspeisung 338.

Rachitis 496.
Räderbahren 298.
Raketenapparate 317.
Rationalisierung 411.
Rauchhelm 319.
Rechenoperationen 547.
Rechnungswesen 45.
Rechtsauskunftsstelle 12.
Rechtschreibung 547.
Rechtsfragen 68.
Regeneration 484.
Reichsgesetz betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten 5.
— zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 5.
Reichsirrengesetz 73.
Reichsknappschaft und Pensionsversicherung 398.
Reichsknappschaftsgesetz 397.
Reichsverband der privaten gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands 11.
Reichsverfassung 361.
Reichsversicherungsamt 378.
Reichsversicherungsordnung 5, 53.
Reichszentralinstitut 445.
Reinigungsverfahren 338.
Rentensucht 404, 406.
Resistenz 484.
Rettungsamt 291.
Rettungsboote 314.
Rettungsgeräte 320.
Rettungsgesellschaft 280.
Rettungskähne 277.
Rettungsmannschaften 322.
Rettungsringe 277, 312.
Rettungsschwimmen 281.
Rettungsstationen an Küsten 317.
Rettungsstellen 281, 282, 290.
Rettungstasche 283, 289.
Rettungstau 317.
Rettungswesen 92, 270.
— auf Eisenbahnen 307.
—, Geschichte 276.
—, Haushalt 293.
— im Bergbau 319.
— in Seenot 312.
—, Organisation 280.
—, Verstadtlichung 279.
Rheumaforschungsinstitut 400.
Rheumatismus 497, 503, 510.
Richtungsfehler der Beine 502.
Römisches Bad 345.
Röntgengehilfinnen 45.
Rotes Kreuz 11, 294, 310, 380.
Rotz 6.
Rückenmarksschwindsucht 502.
Rückfallfieber 6.
Ruhegehalt 70.
Ruhegehaltsversorgung 11.
Ruheversorgung 70.
Ruhr 6.
Rumänien, Heilbadewesen 358.
Rußland 14.
—, Badewesen 350.
—, Heilbadewesen 358.

Saalsystem 137.
Samaritertum 277.
Sandbad 345.
Sandfilterwerk 338.
Sanitäre Maßnahmen 582.
Sanitätsflugzeuge 308.
Sanitätskolonnen 310.
Sanitätswachen 277.
Satzbau 547.
Sauerstoff-Fabrik Berlin 325.
Sauerstoffgeräte 319.
Sauerstoffrettungsgerät 320.
Sauerstoffumfüllpumpe 328.
Säugling 35.
Säuglingsalter 571.
Säuglingsernährung 495.
Säuglingsfindelhäuser 2.
Säuglingsfürsorge 93.
Säuglingsfürsorgestellen 370.
Säuglingsheime 19, 23, 34, 44.
Säuglingspflegerinnen 35, 44.
Säuglingssterblichkeit 575.
Schadenverhütung 361.
Schalldämpfung 20.
Scharlach 6.
Schenkelhalsbrüche 115.
Schielen 504.
Schlammbad 345.
Schlauchgeräte 319.
Schleifkorb von Kunze jun. 330.
Schneider 565.
Schreibberufe 544.
Schrift 547.
Schularzt 479.
Schulbäder 345.
Schule und Berufsberatung 447.
Schulentlassene, Erfassung der 428.
Schulfragebogen 457.
Schulgesundheitspflege 4. 93.
Schutzanforderungen an Badeeinrichtungen 335.
Schutzbehandlungen 286, 291.
Schwächliche 510.
Schwachsinnige 18, 22, 444, 508.
Schwangere 32.
Schwangerengeld 371.
Schweden, Badewesen in 349.
Schweißhände 510.
Schweiz, Badewesen 350.
—, Heilbadewesen 357.
Schwerbeschädigte, Gesetz über die Beschäftigung 384.
Schwerhörige 444.
Schwerhörigkeit 344, 510.
Schwerkranke 113.
Schwestern, Unterricht 64.
Schwesternpersonal 43.
Schwimmbad - Augenbindehautentzündung 344.
Schwimmbäder 343.
Schwimmunterricht 340.
Schwimmwesten 313.
Seebäder 350.
Seegefahr 271.
Seenot 276.
—, Rettungswesen 312.
Sehschärfe 498.
Selbstkosten 53.
Selbstmorde 574.
Selbstversicherung 367.
Selbstzahler 52, 53.
Shamrocker Führertasche 324.
Shamrockgerät 321.
Skandinavien, Heilbadewesen 357.
Sieche 101.
Siechenabteilungen 18.
Siechenhäuser 99, 110, 127, 179.
—, Allg. Teil 96.
Siechenhäuser, Anlage 131.
—, Anstaltstypen 111.
—, Arbeit 151.
—, Ärztliche Versorgung 148.
—, Aufnahmebedingungen 164.
—, Aufnahmeverfahren 164.
—, Bedarf 173.
—, Bekleidung 144.
—, Beköstigung 139.
—, Dienstanweisung für den Verwalter 159.
— für Tuberkulöse 119.
—, Geschichtliche Entwicklung 101.
—, Gruppierung der Kranken innerhalb der Anstalt 127.
—, Haushaltpläne 177.
—, Hausordnung 154.
—, Kosten 174.
—, Krankengruppen 113.

Siechenhäuser, Leistungen für den Pflegling 136.
—, Leistung für die Sozialhygiene 169.
—, Pflegepersonal 145.
—, Pflichten der Pfleglinge 151.
—, Problem 96.
—, Taschengeld 144.
—, Treibende Kräfte 101.
—, Unterbringung 136.
—, Verwaltung 158.
—, Wesen und Begriffsbestimmung 107.
—, Zweckbestimmung 108.
Siechtum, Anlaß 115.
Sinnesleistungen 533, 535.
Sommerfeld 34.
Sonderanstalten 106.
Sonderheilanstalten 13.
Sonnenbäder 339, 340.
Sonnenstrahlen 17.
Soolbad 345.
Soolbadewasser 344.
Sowjetrepublik 91, 563.
Soziale Krankenhausfürsorge 44, 92, 198, 203.
—, Arbeitsbereiche 217.
—, Aufgaben 202.
—, Begriff und Wesen 198.
—, Fürsorgedienst im Krankenhaus 223.
—, Geschichte 199.
—, Organe 208.
—, Organisation der prakt. Arbeit 213.
—, Träger 211.
Soziale Vorbeugung 226.
Sozialhygiene 75, 186.
—, Leistung der Siechenhäuser für die 169.
Sozialhygienischer Nutzen der Sozialversicherung 401.
Sozialhygienische Verwertung der Kur- und Badeorte 355.
Sozialpolitik 418.
Sozialrentner 130.
Sozialversicherte 355.
Sozialversicherung 52, 91, 94, 360, 576, 580, 581, 587.
— Angriffe auf die 403.
—, Nachteilige Folgen der 403.
Speisenbeförderung 29.
Speisezettel 140.
Spezialkrankenhäuser 10.
Spielturnen 339.
Sportunfälle 270.
Sprachfehler 510.
Sprachstörung 499.
Staatliche Aufsicht der Bäder 353.
Staatsexamen 66.
Stadtarzt 94.
Stadtmedizinalrat 94.
Städtische Hallenschwimmbäder 346.
Stationslaboratorium 67.
Status thymicolymphaticus 486.
Staubeinatmung 566.
Staubentwicklung 17.
Steinhauer 566.
Steinschleifer 566.
Stellenvermittlung 420.
Sterbegeld 372.
Sterbetafeln 89.
Sterblichkeit 417.
Sterblichkeit an Tuberkulose 401.
— in Krankenhäusern 85.
Stiftungen 51.
— der Kirche 9.
Stiftungskrankenhäuser 14.
Stillgeld 370.
Stimmstörungen 499.
Strafanstalten, Bäder in 345.
Straßenbahnwagen 296.
Straßenverkehr 272.
Stoffverarbeitung 414.
Studierende, Unterricht 65.
Sturz 271.
Syphilis 116.

Tageslicht 16.
Tagesräume 17, 21, 60.
Tarifvertrag 47.
Tarifwesen 87.
Taschengeld 144, 188.
Taubheit 510.
Taubstumme 511, 580.
Taubstummenanstalten 10.
Tauglichkeitsprüfung 477.
Technische Arbeitsteilung 415.
— Assistentinnen 44.
Technisierung der Arbeitsvorgänge 411.
Tempo 543.
Therapeutische Bäder 345.
Tierversuch 65.
Tischlerprüfung 554.
Tod beim Transport 302.
Todesfälle 172.
Tollwut 6.
Töpfer 567.
Tragbahren 298, 307, 329, 331.
Träger der sozialen Krankenhausfürsorge 211.
Transport von Verletzten 329.
Treppen 16.
Trichinenschau 584.
Trinker 113.
Trinkerheilstätten 8.
Trinkwasser 351.
Tripper 343.
Trunksüchtige 580.
Tubenkatarrh 344.
Tuberkulose 12, 86, 117, 362, 365, 388, 389, 440, 492, 493, 509, 564, 572, 577, 583.
Tuberkuloseätiologie 491.
Tuberkulose als Seuche 390.
—, Fortschritt in der Klinik der 402.
— -Forschungsinstitut, westdeutsches 400.
Tuberkulosefürsorge 93.
Tuberkulosefürsorgestellen 374.
Tuberkuloseheime 123.
Tuberkulosekrankenhäuser 34, 119, 205.
Tuberkulosemortalität 401, 562, 563, 567.
Tuberkulosesanatorium 123.
Tuberkulosesiechenhaus 119, 120.
Tuberkulöse, Asylierung 121.
—, Siechenhäuser für 119.
Tummelbäder 340.
Tumoren 494, 577.
Türen 16.
Turnen 538.
Typhus 6, 494.
Typhusbekämpfung 583.

Umbauten 19.
Überfahren 271.
Übersterblichkeit 417.
Ukraine 563.
Uneheliche Geburten 575.
Unehelichkeit 496.
Unentgeltliche Behandlung 87.
Unfälle 93, 272, 380, 568, 569, 584.
—, Zahl 378.
Unfall und Heilbehandlung 381.
Unfallerkrankungen 278.
Unfallgefahr 89.
Unfallhäufigkeit 572.
Unfallmeldedienst 274, 295.
Unfallneurosen 385, 404, 405.
Unfallstationen 278.
Unfallstatistik 271.
Unfallverhütung 584.
Unfallverhütungsvorschriften 378.
Unfallversicherung 365, 376, 568, 579.
Unfallziffer 569.
Ungarn, Heilbadewesen 359.
Unheilbare 87.
Universalismus 419.
Universitätsinstitute 47.
Universitätskliniken 25, 39.
Unproduktivität 581.
Unsaubere 128.
—, Stationen für 18.

Unterbringung in Anstalten 4.
— von Trinkern 8.
Unterernährung 564.
Unterkunftsstätten für Kranke 6.
Unterleibsbrüche 500, 506.
Unternehmer 26, 412.
Unterricht 2.
— der Ärzte 8.
— Studierender 65.
— und Forschung 64.
Unterschenkelgeschwüre 502.
Untersuchungsabteilung, bakteriologische 92.
Untersuchungsgefangener 75.
Unterstützungsbedürftigkeit 581.
Urproduktion 414.

Verbandstoffe 50.
Verbrecher 75.
Verdauungsorgane, Krankheiten 57, 79, 84, 577.
Vereinigte Staaten Nordamerikas 14.
Vererbung 441.
Vergiftungen 66, 299, 577.
—, berufliche 567.
Verkehr 272.
Verkäuferin 456.
Verkrüppelte 35, 444, 580.
Verkrüppelung 497.
Verletzte, Transport 329.
Verletzungen 81, 84, 86.
—, mechanische 57.
Verpflegung 188.
Verpflegungsgebühren 13, 178.
Versicherte 53.
—, Zahl 365, 377.
Versicherung für den Krankheitsfall 87.
Versicherungspflicht der Assistenten 74.
Versicherungsunternehmen, private 570.
Versorgung, Ärztliche 148.
Versorgungsheim, Hamburger 105.
Versorgungsheime 179.
Versorgungslazarette 11, 25.
Versteifungen 501, 508.
Verteilungskurve 537.
Verteurung des Krankenhauswesens 103.
Vertragsverhältnis 70.
Verunglückte 290.
Verwaltung 158.
Verwaltungsbeamte 45.
Verwaltungsdirektor 46.
Verwaltungsmediziner 94.
Volksbadewesen 345.
Volksheilstätten 34.
Volkswirt 470.
Volkswohlfahrt 425.
Vollarbeit 483.
Vollbäder 17.
Vorbeugungen 275.
Vorbeugende Maßnahmen der Träger der Invalidenversicherung 392.

Wachsäle 18.
Wagen 298.
Waisenpflege 581.
Waisenrenten 385.
Walderholungsstätten 19, 389.
Wanderkörbe 264.
Wannenbäder 341, 342.
Warmbadeanstalten 346.
Warnungsplakat 275.
Wände 16.
Wäsche 188.
Wäschepersonal 46.
Waschküche 17, 18, 22.
Wasser 17.
Wasserbad 335.
Wasserbeschaffung, künstliche 338.
Wasserdichtigkeit 20.
Wasserleitung, öffentliche 338.
Wasserrecht 335.
Wasserwärme 336.
Wehrmacht 566.
Weibliche Berufe 433.
Weichteilverluste 502.
Werkstätte für alte Arbeiter 191.
Werkstätten 152.
Westdeutsches Tuberkulose-Forschungsinstitut 400.
Westfalia-Gerät 321.
Widerstand 484.
Widerstandskraft 536.
Wiederbelebung 277, 324.
Wiederbelebungsgeräte 324.
Wirbelsäulenverbiegung 417.
Wirbelsäulenverkrümmung 500.
Wirtschaft 559, 576.
Wirtschaft, Wirkung auf die Gesundheit 559.
Wirtschaft und Gesundheit, Beziehungen zwischen 558.
— und Gesundheit, Wechselwirkung 585.
Wirtschaftsgebäude 135.
Wirtschaftsräume 17.
Wirtschaftswert eines Menschen 439.
Wirtschaftlich-soziale Verhältnisse 467.
Witwenrenten 385.
Wochenbetten 230.
Wochenhilfe 370, 371.
Wöchnerinnenasyle 19, 23.
Wöchnerinnenheime 23.
Wohlfahrtskranke 53.
Wohlfahrtsverbände 73.
Wohlfahrtsvereinigungen, private 9.
Wohlhabenheit 570.
Wohltätigkeit, private 581.
Wohnstifte 184.
Wohnung 564.
Wohnungsbäder 345.
Wohnungsbau 393.
—, Förderung durch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 397.
Wohnungsfürsorge 226.
Wohnungspflege 226.
Wundinfektionen 88, 273.
Wurmkrankheit 402.

Xenodochien 102.

Zahl der Unfälle 378.
— der Versicherten 377.
Zahnarzt 68.
Zahnärztliche Abteilungen 36.
Zeche Shamrock 320.
Zentralnervensystem, Erkrankungen des 115, 127.
Zentralstelle für Volkswohlfahrt 425.
Zentralverband für das Rettungswesen 279.
Zirkulationsorgane, Krankheiten 57.
Zivilrechtliche Fragen 73.
Zugänge 75.
Zuverlässigkeit 548.
Zwangserziehung 581.
Zweckverbände 9.

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.

Verlag von Julius Springer in Berlin W 9

Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge

In sechs Bänden

Bearbeitet von Fachgelehrten

Herausgegeben von

Prof. Dr. med. **A. Gottstein**
Ministerialdirektor i. R.,
Berlin-Charlottenburg

Prof. Dr. med. **A. Schloßmann**
Geh. Medizinalrat,
Direktor der Kinderklinik in Düsseldorf

Dr. **L. Teleky**
Gewerbemedizinalrat in Düsseldorf

Erster Band: **Grundlagen und Methoden.** Bearbeitet von E. Dietrich, A. Grotjahn, V. Haecker, F. Hueppe, P. Krautwig, R. Martin †, E. Prinzing, M. Vogel, W. Weinberg. Mit 37 Abbildungen. XI, 511 Seiten. 1925. RM 30.—; in Halbleder gebunden RM 35.—

Zweiter Band: **Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten.** Bearbeitet von A. Alexander, E. Beintker, R. Bernstein, H. Betke, A. Bogdan, E. Brezina, H. Bruns, B. Chajes, R. Cords, A. Czech, M. Epstein, H. Fischer, R. Fischer, G. Frey, H. Gerbis, B. Heymann, G. Hohmann, F. Holtzmann, G. Joachimoglu, R. Kaufmann, E. Koch, F. Koelsch, W. Mager, K. Mendel, A. Neumann, M. Oppenheim, A. Peyser, K. Sannemann, W. Schürmann, B. Sellner, O. Spitta, M. Sternberg, L. Teleky, A. Thiele, H. Zangger. Mit 56 Abbildungen. VIII, 816 Seiten. 1926. RM 54.—; in Halbleder gebunden RM 59.70

Dritter Band: **Wohlfahrtspflege. Tuberkulose. Alkohol. Geschlechtskrankheiten.** Bearbeitet von E. G. Dresel, A. Goetzl, H. Haustein, H. Maier, S. Peller, G. Simon, L. Teleky, R. Volk. Mit 37 Abbildungen. VIII, 794 Seiten. 1926. RM 54.—; in Halbleder gebunden RM 59.70

Vierter Band: **Gesundheitsfürsorge. Soziale und private Versicherung.** Bearbeitet von L. Ascher, H. Behrendt, H. Dersch, St. Engel, W. Feilchenfeld, G. Florschütz, A. Gastpar, A. Gregor, Th. Hoffa, C. Kleefisch, H. Knepper, Ed. Martin, E. Matthias, A. Oebbecke, W. Pryll, H. Rosenhaupt, C. Schloßmann †, E. Seligmann, W. V. Simon, G. Tugendreich. Mit 42 Abbildungen. XII, 874 Seiten. 1927. RM 63.—; in Halbleder gebunden RM 69.—

Fünfter Band: **Soziale Physiologie und Pathologie.** Bearbeitet von R. Allers, A. Beythien, A. Czellitzer, A. Gottstein, A. Korff-Petersen, O. Krummacher, F. Lönne, A. Mallwitz, O. Neugebauer, A. Peyser, H. Rautmann, W. Schnell, O. Spitta, E. Stier, C. v. Tyszka, J. Zappert. Mit 77 Abbildungen. X, 807 Seiten. 1927. RM 57.—; in Halbleder gebunden RM 63.—

Zeitschrift
für das gesamte Krankenhauswesen

(Fortsetzung der Zeitschrift für Krankenanstalten)

Organ des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen, der Vereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten von Krankenanstalten und des Reichsverbandes der privaten gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands

Schriftleitung:

Prof. Dr. med. **A. Gottstein**-Berlin, Prof. Dr. **W. Hoffmann**-Berlin,
Dr. **A. Philipsborn**-Berlin, **P. Weinstock**-Stettin,
Dr. med. **J. Wirth**-Frankfurt a. M.

Die Zeitschrift erscheint 14täglich

Preis vierteljährlich RM 9.— zuzüglich Porto

Die Zeitschrift behandelt eingehend alle Gebiete des Krankenhauswesens. Neben den medizinischen, gesundheitstechnischen sowie rein technischen Fragen werden die Verwaltungs-, Finanz- und Rechtsfragen behandelt. Sie berichtet regelmäßig über alle wichtigen Vorgänge der öffentlichen Gesundheitspflege, der Gesundheitswirtschaft und Gesundheitspolitik. Besonderer Wert wird sowohl auf die Schilderung von Neu- und Umbauten, als auch auf die Veröffentlichungen von Neuerungen in Organisationen und Betrieb gelegt, wobei vornehmlich von der bildlichen Darstellung, der Wiedergabe von Plänen, Kostenanschlägen usw. Gebrauch gemacht wird. Die Vorgänge im Ausland werden ebenfalls eingehend erörtert. Der umfassende Referatenteil bezweckt vollständige Berichterstattung über alle wichtigen Veröffentlichungen.

Das Deutsche Krankenhaus 1925

Im Auftrage des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen

Herausgegeben von

Dr. W. Alter

Geheimer Regierungs- und Medizinalrat, Düsseldorf

Mit zahlreichen Tabellen und Diagrammen. IV, 304 Seiten. 1927.

Kart. RM 48.—

Die Bezieher der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen erhalten das Werk zu einem Vorzugspreis von RM 40.—

Das Werk faßt das Ergebnis der vom Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen angestellten Erhebungen über die Hauptgebiete des Krankenhauswesens in einer Vollständigkeit und mit einem statistischen Tabellenmaterial zusammen, wie es bisher in Deutschland noch niemals veröffentlicht worden ist. Über sämtliche Fragen, die verschiedenen entlegeneren Einzelgebiete wie Installation, Laboratorien, Versicherungsfragen, Personalangelegenheiten, Rechtsfragen oder irgendein Gebiet der Technik betreffend, gibt das Werk erschöpfend Auskunft.